99 sayfada menopoz

Prof. Dr. Hakan Seyisoğlu
Söyleşi: Dilek Kaykılar



ÖZEL FİYAT 1.95 TL

TÜRKİYE İŞ BANKASI
Kültür Yayınları



99 SAYFADA

MENOPOZ

PROF. DR. HAKAN SEYİSOĞLU

SÖYLEŞİ

DİLEK KAYKILAR

GÖRSEL YÖNETMEN

BİROL BAYRAM

GRAFİK TASARIM UYGULAMA

TÜRKİYE İŞ BANKASI KÜLTÜR YAYINLARI

1. BASKI: 3000 ADET, EYLÜL 2006

ISBN 975-458-874-0

BASKI

SENA OFSET

(0212) 613 38 46

LİTROS YOLU 2. MATBAACILAR SİTESİ B BLOK 6. KAT NO: 4NB7-9-11

TOPKAPI 34010 İSTANBUL

TÜRKİYE İŞ BANKASI KÜLTÜR YAYINLARI

MEŞELİK SOKAĞI 2/3 BEYOĞLU 34430 İSTANBUL

Tel. (0212) 252 39 91

Fax. (0212) 252 39 95

www.iskulturyayinlari.com.tr

TÜRKİYE İŞ BANKASI
Kültür Yayınları

menopoz

PROF. DR. HAKAN SEYİSOĞLU

Söyleşi Dilek Kaykılar

99 Sayfada

Prof. Dr. Hakan Seyisoğlu

ÖZGEÇMİŞ



1958 yılında İstanbul'da doğdu. 1981 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uzmanlık eğitimini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda tamamladı. 1994 yılında doçent, 2000 yılında ise profesör oldu. Halen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda öğretim üyeliği görevini sürdürüyor.

Özel ilgi alanı, üreme endokrinolojisi ve infertilite olan Seyisoğlu, 1992 yılında Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği'nin kurucuları arasında yer aldı. Şu anda aynı derneğin yönetim kurulu üyeliğini ve başkan yardımcılığını yapıyor. Uluslararası Menopoz Derneği (IMS) ile Avrupa Menopoz ve Andropoz Derneği (EMAS) üyesi olan Seyisoğlu'nun menopoz konusunda çok sayıda ulusal ve uluslararası bilimsel yayını bulunmaktadır. Bilimsel kitaplarda bölümler de kaleme alan ve bu alandaki çeşitli kitapların editörlüğünü yapan Prof. Seyisoğlu, birçok bilimsel kongreye tebliğler sunmuştur. Evli ve bir kız çocuk babasıdır.

Dilek Kaykılar

ÖZGEÇMİŞ

1965 İstanbul doğumlu. İstanbul Üniversitesi Basın Yayın Yüksek Okulu Gazetecilik bölümü mezunu. Gazeteciliğe üniversitede okurken *Hayat* dergisinde düzeltmen olarak başladı. Bir yıl sonra *Sabah* gazetesine muhabir olarak girdi. *Hürriyet* gazetesi ve *Nokta* dergisinde muhabirliğe devam etti. *Tempo* dergisinde yedi yıl sağlık muhabirliği yapan Kaykılar, *Akşam* gazetesinde sağlık sayfaları hazırladı ve sağlık eklerinin editörlüğünü yaptı. Halen serbest gazetecilik yapan Kaykılar, bir çocuk annesidir. *Samimiysen Konuşalım* (Truva Yayınları, 2005) adlı bir kitabı vardır.

BİRİNCİ BÖLÜM
Menopoz Nedir?

Dilek Kaykılar ● *Hocam ilk olarak, menopozun tanımını yapabilir misiniz?*

Prof. Dr. Hakan Seyisoğlu — Menopoz, kelime karşılığı olarak, "görülen en son âdet kanaması"nın özel adıdır. "Âdetlerin kalıcı olarak kesilmesi" şeklinde de tanımlanabilir ve *klimakteryum* adını alan yaşam evresi içinde görülür.

● Klimakteryum'*u biraz daha açıklayalım isterseniz burada...*

— Kadın hayatının evreleri vardır. Doğumdan sonraki bebeklik ve çocukluk dönemlerini takiben ergenlik dönemi (puberte) başlar ve kız çocuğu kendi cinsine ait değişimler gösterir. İlk âdet bu dönem içinde, ortalama 12 yaş civarında gerçekleşir ve daha sonra kız çocuğu üretkenlik ya da diğer adı ile doğurganlık dönemine (reprodüktif dönem) girer. Bu dönem yumurtalık fonksiyonlarındaki gerilemenin başlaması ile sona erer ve *klimakteryum* adı verilen ve sadece kadın cinsine ait olan yaşlılığa geçiş dönemi başlar. Normalde 40 yaşından sonra herhangi bir zamanda başlayabilen ve 5-10 yıl devam eden bu geçiş dönemi

içinde yumurtalıkların fonksiyonları büyük oranda geriler. Yine bu dönem içinde kadının âdet düzeni bozulur, kadınlık hormonu olarak bilinen "östrojen" hormonu ileri derecede azalır ve buna bağlı değişimler kendini göstermeye başlar. İşte, menopoz adı verilen en son âdet kanaması da bu dönem içinde gerçekleşir. 64 yaşına kadar devam eden bu geçiş süreci, daha sonra yerini *senilyum* adı verilen yaşlılık dönemine bırakır.

Klimakteryum, yumurtalık fonksiyonlarının gerilediği ve durduğu dönemdir, dedik. Yani kadının doğurganlığının sonlanması ve beraberinde seks hormonlarının en alt seviyelere inmesi bu dönemde gerçekleşir. Seks hormonları, cinse özel hormonlardır ve kadına ait olanlar, östrojen ve progesteron adı verilen iki hormondur. Hepimizin bildiği gibi östrojen, "kadınlık hormonu"dur. Yumurta hücresinin bulunduğu kesecikleri etrafından salgılanır ve yumurtalık fonksiyonlarını yavaşlatmaya başladığı zaman, östrojen ve "progesteron" hormonlarının salgılanması da yavaşlar, azalır ve çok düşük bir seviyeye iner.

Diğer taraftan genel olarak "androjen" adı verilen ve en önemlisi testosteron olan hormon ise erkek cinsine ait temel seks hormonudur. Fakat karşılıklı olarak her iki cins birbirlerine ait hormonları az da olsa belirli oranlarda üretir. Yani erkeklerde kadınlık hormonu olan östrojen, kadınlarda ise erkeklik hormonu olan androjen düşük seviyelerde bulunur. Eğer bu oranlarda bozukluk oluşursa kadınlarda erkeğe ait özellikler (kıllanma, ses kalınlaşması, sivilcelenme gibi) ortaya çıkar.

● *Ne gibi etkiler oluşur,* klimakteryum *denilen bu dönemde?*

— Östrojen hormonunun azalmasına bağlı etkiler başlar. Bunlar, bütün sistemi etkileyen hormonlar oldukları için vü-

cutta pek çok belirti ortaya çıkabilir. Düzgün âdet görmek için, yumurtalıkların belirli bir düzende ve yeterli düzeyde hormon üretmesi gerekmektedir. Bu nedenle yumurtalık fonksiyonlarındaki gerileme sonucu öncelikle âdet düzeni bozulmaya başlar; çünkü bu hormonlar, âdeti idare eden ve âdetin oluşmasını sağlayan hormonlardır. Öncelikle âdet araları seyrekleşir. Önceleri hafif olan bu seyrelme zaman ilerledikçe artar ve belirli süre sonra kadın öyle bir âdet görür ki bu âdetin üzerinden bir yıl geçmiş olmasına rağmen hiçbir âdet kanaması yaşamaz. İşte görmüş olduğu bu son âdet kanaması "menopoz" adını alır. Menopozu bir nokta gibi kabul edecek olursak, menopozdan önceki döneme "premenopoz" yani menopoz öncesi dönem, menopoz tanısını koymak için beklenilen bir yıllık süreç; "perimenopoz" yani menopoz etrafındaki dönem ve bir yıllık kanamasız dönemden sonra yaşlılığa kadar geçen süreçte "postmenopoz," yani menopoz sonrası olan dönem olarak isimlendirilir.

● *Menopoz, bir hastalık olarak bilinir. Bu doğru mudur?*

— Menopoz bir hastalık değildir. Tümüyle fizyolojik bir olaydır. Çünkü bütün kadınlar uygun yaşa geldiklerinde bu dönemi yaşayacaklardır. Nasıl ki diğer yaşam evreleri normal ise, bu evre de normal fizyolojik bir yaşam dönemidir ve hastalık değildir. Ancak östrojen hormonundaki azalmaya bağlı olarak ortaya çıkan belirtiler ve değişimler, bazen patolojik düzeylerde yani hastalık düzeyinde olabilir. Zaten bizim yaklaşımımız da östrojenin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuzlukları izlemek ve olası riskleri belirleyerek önlem almaktır. Aksi halde bu yaşam dönemini geciktirmek ya da ortadan kaldırmak diye bir şey kesinlikle mümkün değildir.

● *Menopozun belirtileri her kadında aynı mıdır, değişiklik gösterir mi?*

— Menopozdaki değişimler ve belirtiler standart olarak bilinmesine rağmen her kadın bu belirtileri farklı şekilde ve farklı düzeylerde yaşar ve algılar. Bu farklılıkta kadının genetik yapısından çevresel faktörlere kadar birçok etken rol oynar. Daha çok ateş basması, sıkıntı, sinirlilik, çarpıntı, terleme nöbetleri gibi klasik menopoz yakınmaları konusunda farklılık yaşanır. Örneğin kadınların üçte biri bu şikayetleri yaşamazken, üçte ikisi ise farklı şiddetlerde algılar. Kimisi depresyona girecek kadar ağır ve sık nöbetler geçirir, kimisi günlük yaşantısını etkilemeyecek ölçüde hafif ve seyrek nöbetlerle atlatabilir.

Çevresel faktörler etkili

● *Menopozun belirtilerinin şiddetinde genetik faktör rol oynar mı, annenin menopoz hikayesi etkili midir mesela?*

— Bu tam açıklanmış bir konu değildir, yani bu şikayetleri bir kişi ne kadar şiddette yaşayacaktır, bunu belirlememiz mümkün değildir. Bununla birlikte genetik yapı şüphesiz çok önemlidir. Bu nedenle ailesel özellikler belirli oranda o ailenin bireylerine yansıyabilir. Ama etkileyen birçok başka faktör daha vardır. Örneğin yaşam koşulları, hayat standartları gibi çevresel faktörler ve psikolojik yapının durumu gibi özellikler de bu şiddeti değiştirebilir. Özetleyecek olursak, genetik zemin bir platodur. Bunun üzerine çevresel faktörlerin olumlu ya da olumsuz etkileriyle beraber şiddette farklılıklar meydana gelebilir.

● *Çevresel faktörler nelerdir?*

— İnsanız ve kendi yaşantımızın dışında bir de çevremiz var. Bu o kadar geniş kapsamlıdır ki yaşadığınız iklim koşulundan tutun da hayat standardınıza kadar her şey çevresel faktörlerin içine girer.

● *Stres de bu faktörlerin içinde midir? Stresli bir hayatı olan kadın menopozu daha ağır mı yaşar?*

— Mesela siz stressiz bir yaşantı sürüyorsunuzdur, sizin kız kardeşiniz çok ağır stres yaşıyordur. Bu mesleki stres ya da sosyal yaşantıdaki stres de olabilir, geçim sıkıntısı da olabilir. Tabii bu olay, belirli oranlarda menopoz yakınmalarını da etkileyecektir.

● *Yaş ile ilgili durum nedir, hangi yaşta menopoz oluşur?*

— Biz, *klimakteryum* dediğimiz sürecin normal başlama yaşını 40 ve üzeri olarak kabul ediyoruz. Menopozun görülme yaşını, yani son âdet kanamasının görülme yaşını da dolayısıyla 40 ve üzeri olarak kabul ediyoruz. Eğer 40 yaşın altında görülür ve son âdet kanaması 40 yaşından önce ortaya çıkarsa, buna genel tanımlama olarak, "erken yumurtalık yetersizliği" adını veriyoruz.

● *Bu aynı zamanda erken menopoz olarak tanımlanabilir mi?*

— "Erken menopoz" terimi, çok kullanılan bir terim değildir. 40 yaşın altında fonksiyon kayıpları, genel olarak, "erken yumurtalık yetersizliği" başlığı altında incelenir.

● *Yanlış mı kullanılıyor erken menopoz terimi?*

— Şimdi, menopoz dediğiniz zaman, kalıcı bir yumurtalık yetersizliği düşünürsünüz. Yani menopoz demek, yumurtalık artık yetersizleşmiş ve çalışmasını durdurmuş demektir. Bir daha geri dönüşü yoktur. Örneğin, âdetten kesilmiş 30 yaşındaki bir kadında yaptığınız tetkikler menopoza benzer bulguları gösterse bile yumurtalık gerçekten kalıcı olarak mı çalışmasını durdurmuş, tekrar başlayacak mı, bunu anlayabilmek tam olarak mümkün değildir. Bunu tanımlayamadığımız ve kalıcı bir âdet kesilmesi yani menopoz di-

yemediğiniz için genellemeye gideriz ve hepsine birden "erken yumurtalık yetersizliği" deriz. Fakat bu yetersizlik ne kadar ileri yaşta ortaya çıkarsa, yani 40 yaşına ne kadar yakınsa, menopoz ihtimali de o kadar yüksektir. Çok erken yaşlarda böyle bir kalıcı yetersizlik ortaya çıkarsa bunun altında genetik problem yatabilir. Kromozomlara ait bozukluklar, kadınları erken dönemde yumurtalık yetersizliğine ve erken menopoza sokabilir. Bunların yanı sıra bağışıklık sistemine ait hastalıklar ve bu bağlamda vücudun kendi organlarına karşı ürettiği bağışıklık maddeleri, yumurtalıkları etkileyerek çalışmasını durdurabilir.

● *Erken yumurtalık yetersizliğinde geri dönüş var mıdır?*
— 40 yaşından önceki kesilmelere baktığımız zaman, bunların yüzde 5 ile yüzde 10 kadarının tekrar çalışmaya başladığını, reaktive olduğunu gözleyebiliyoruz. Hatta çalışmaya başladıktan sonra doğurganlığın da tekrar ortaya çıkması söz konusu olabiliyor.

● *Hiçbir dış etken olmadan da doğurganlık gerçekleşebiliyor mu?*
— Tabii kendiliğinden, hiçbir dış etken olmadan yumurtalıkların tekrar çalışmaya başladığını gözleyebiliyoruz. Dolayısıyla âdetler tekrar başlıyor ve yumurtlama gerçekleşebiliyor. Dediğim gibi bu rakamlar çok yüksek olmamakla beraber mümkün. Bu olgulara o nedenle "erken menopoz" yerine, biraz evvel söylediğim gibi genel terminolojik isimlendirme olarak, "erken yumurtalık yetersizliği" diyoruz.

Dünya standardı 51 yaş

● *Kadınlar için menopozun yaşı kaçtır?*
— Araştırmalara göre dünya genelinde menopoz yani en

son âdet kanamasının görülme yaşı 51 olarak kabul edilmekte ve bu yaşın dünyanın her bölgesinde benzer olduğu bildirilmektedir. Ancak bununla birlikte farklı ülkelerden gelen sonuçların bazı farklılıklar gösterebildiği de bir gerçektir. Yine de dünya bilimsel verileri 51 yaş konusunda ortak görüştedirler.

● *Türk kadını için de 51 yaş standart o zaman...*

— Kendi yaptığımız çalışmada, Türk kadınlarında bu yaşın 47 civarında olduğunu tespit ettik. Yani Türk kadınları 51 yaşına ulaşmadan, 47-48 yaş civarında son âdet kanamalarını görüyorlar. Bu vardığımız sonuçlar doğru olabileceği gibi, tüm kadınlara ulaşamamamızdan kaynaklanan yanılma da olabilir. Çünkü genel bilimsel verilere baktığınız zaman dünya genelinde bu yaş, değişmeksizin 51 olarak kabul edilmekte.

● *Peki kadın, üreme organlarıyla ilgili bir operasyon geçirirse menopoza girme yaşı değişir mi?*

— Tabii, âdet görmekte olan bir kadının yumurtalıkları cerrahi olarak çıkartılırsa veya yumurtalık fonksiyonlarını etkileyecek bir başka tedavi uygulanırsa (örneğin, radyoterapi, kemoterapi gibi) kadın doğrudan menopoza girer. Yaşı ne olursa olsun âdet görmekte olan bir kadında yumurtalıkların alınmasından sonra ortaya çıkan menopoza, "cerrahi menopoz" adı verilir. Bu, âdet görme dönemi içerisinde herhangi bir zamanda olabilir. Mesela 30 yaşındaki bir kadının da yumurtalıklarını çıkarırsanız, o kadın da cerrahi menopoza girecektir.

● *Aynı belirtileri gösterir mi?*

— Evet, aynı belirtileri görürsünüz. Hatta doğal menopozda yumurtalıklar çalışmasını belli bir süre içinde durdur-

duğu için geçiş dönemine ait bulgular daha ılımlı olabileceği halde, cerrahi menopozda ani ve tam kesilme nedeni ile belirti ve menopoza bağlı değişimler daha hızlı ve ağır olacaktır.

● *Biraz önce 40 yaşın altında da menopoz olabileceğini söylediniz. Bu durumda siz bir uzman olarak müdahalede bulunuyor musunuz?*

— Tabii ki, yaş ne kadar erken olursa, tedavi de o kadar öne çıkmaktadır. Erken yumurtalık yetersizlikleri doğal fizyolojik bir olay değil, bir hastalıktır. Bu nedenle tedavi edilmesi, yani vücudun üretemediği hormonların tekrar yerine konması gerekir. Yani 40 yaşından önce yumurtalıkları fonksiyonlarını durdurmuş olan kadınların, yaşça genç oldukları için kesinlikle tedaviye gereksinimleri vardır.

● *Kadının yaşı 40 civarındaysa ve âdet düzensizliği varsa ilk olarak ne yapmalı?*

— Âdet düzensizliği, normal bir âdet düzensizliği de olabilir. Bunu karıştırmamak lazım. Özellikle genç yaşlarda başka nedenlerle âdet düzensizlikleri ve âdetten kesilmeler olabilir. Örneğin başka sistemlerin bozukluğu âdet mekanizmasını etkileyebilir. Mesela tiroid hastalıkları, *prolaktin* adını verdiğimiz süt hormonunun yüksekliği, aşırı derecede yapılan egzersiz, ani kilo değişimleri, psikolojik bozukluklar ya da başka amaçla uygulanan bazı tedavilerin yan etkisi gibi burada sayamayacağımız daha birçok nedenden dolayı âdet düzensizlikleri ve âdetten kesilme ile karşılaşabilirsiniz. Böyle bir kişide ilk yaptığımız şey, acaba bu âdet kesilmesi gerçekten bir yumurtalık yetersizliği mi, yoksa başka faktörler mi yumurtalık fonksiyonlarını etkiliyor diye araştırma yapmaktır. Yapılan tetkikler ile elde edilen veriler gerçek bir yetersizliği gösteriyorsa o zaman hormon tedavisi uygulanabilir. Fakat başka bir neden tespit

edilmişse önce bu nedeni tedavi etmeniz gerekir. Siz yumurtalık fonksiyonlarını bozacak başka bir sistem bozukluğu yakalamışsanız, bunu tedavi etmeden hemen hormon veremezsiniz. Nitekim asıl kaynağı tedavi ettiniz mi yumurtalıkların fonksiyonları normale dönecektir.

● *Bu durumda her âdet düzensizliği olan kadın endişelenmemeli, diyebiliriz değil mi?*

— Özellikle genç yaşlarda kesinlikle öyle. Dediğim gibi âdet düzensizlikleri kadınlarda en sık karşılaştığımız jinekolojik problemler arasındadır. Bu gayet normaldir. Birçok faktör kadının âdet düzenini çok yakından etkileyip, bozabilir. Çünkü âdeti düzenleyen mekanizmanın esas idare merkezi beyindedir. Beyinde, hipotalamus adını verdiğimiz bir merkezdir ve bu merkez, dış ortamdaki değişimlere bağlı olarak etkilenebilir. Yani dış yaşam koşullarından gelen uyarılar, hipotalamus dediğimiz merkezi etkileyip, buranın çalışmasını bozabilir. Bu çalışma bozukluğu da kadının âdet düzenine yansıyabilir. Günlük hayatta da çok sık bir şekilde bunun örneklerini görebiliyorsunuz. Ani sevinç, üzüntü gibi ruhsal durumdaki (emosyonel) değişimler ile coğrafi ya da iklimsel değişimlerde de kadınların bazen âdetleri seyrekleşebilir, sıklaşabilir ya da âdetten kesilmeler ortaya çıkabilir. Bu konuda bir başka örnek daha vereyim: Biz, "atletik amenore" diye tanımlarız. Sporcularda görülür. Aşırı derecede yapılan bedensel hareketlerin beyinde üretmiş olduğu bazı maddeler, hipotalamus dediğimiz merkezin çalışmasını etkileyebilir ve sporcu kadın, âdet göremeyebilir. Ama bu olay, düzenli yapılan sağlık egzersizleri ile karıştırılmamalıdır. Özellikle altını çizerek söylüyorum ki düzenli egzersiz, bu merkezlerin düzenli çalışmasını sağlar. Hatta düzgün yapılan egzersizler, âdeti düzene sokmak için uygulanan yöntemler arasındadır.

● *Kadınlar sizce menopozu yeteri kadar tanıyor mu? Teşhis koyduğunuzda tepkileri nasıl oluyor?*

— İnsanları değişik koşullara göre kategorize edebilirsiniz. Mesela bilinçli, her gün bu haberlerle içlidışlı olabilecek, günlük yayınları, basını takip eden insanlar bilimsel gelişmelerle ilgilidirler. Bunlar daha çok kentsel kesimlerde yaşayan kişilerdir. Bir de kırsal kesimde yaşayan ve bilgiye istese de ulaşamayan bir kesim var. Bu nedenle bu kesimler arasında bilgi açısından farklılıklar görüyoruz. Örnek vermek gerekirse, menopoz hakkında bizler kadar bilgiye sahip olan kişiler varken, öbür taraftan menopozun ne olduğunu bilmeyen kişiler de bulunabilmekte. Böylesine geniş bir yelpaze var. Rakamsal olarak baktığımızda, Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği'nin katkıları ile yapılan bir araştırmanın sonuçları bize bazı çarpıcı bilgiler vermekte. Bu çalışmada sosyoekonomik düzeylerine göre insanlara. "Menopozu biliyor musun? Ne kadar biliyorsun" gibi sorular soruldu. Alınan yanıtlara göre kadınların yüzde 71'i menopozu âdetten kesilme olarak tanımladı, yüzde 13'ü ise menopozun ne anlama geldiğini bilmediklerini ifade etti. Kadınların yüzde 3'ü menopozun yaşlanma demek olduğunu söyledi. Bu son bağlantıya dikkat edecek olursanız, menopoz bazı kadınlar tarafından yaşlanma ile eşdeğer olarak algılanıyor. Bu çok önemli ve önemli olduğu kadar da tamamen yanlış bir bağlantıdır.

● *Belirtilere devam edersek...*

— 40 yaşından sonra bir kadını iki önemli değişim ve bunların getirmiş olduğu risk artışları beklemektedir. Bunlardan bir tanesi, yumurtalık fonksiyonlarının yavaşlaması ve bunun getirdiği östrojen eksikliğine bağlı değişimler, belirtiler ve risklerdir. Bir de zeminde ilerleyen yaş var. Bu yaşın önemi şudur: Örneğin 20 ile 25 yaş çok bir şey fark

ettirmez ya da 20 ile 30 yaş arasında sistemde belki çok büyük bir değişiklik görmeyebilirsiniz. Ama 40 ile 50 yaş arası çok büyük değişiklikler izleyebilirsiniz. Bunlar da ilerleyen yaşın ortaya çıkarttığı risklerdir. Çünkü 40 yaştan sonra kadınlarda gerçekten önemli riskler kendini göstermeye başlar. Bu dönemde belki yaşın getirdiği değişimlere ait belirtileri çok net gözleyemeyebilirsiniz. Ancak östrojen hormonundaki süratli azalmaya bağlı değişimleri çok daha net izleyebilirsiniz.

● *Bu kadar hızlı mı gelişir belirtiler?*

— Evet, östrojen azalmasına bağlı belirtiler, bu hormonun etkili olduğu sistemlerde daha net ve daha süratli çıkmaya başlıyor. Ama yaşın getirdiği belirtileri daha uzun vadede izleyerek tespit edebiliyorsunuz ve bunlar birbirleri ile çakışıyorlar. Yine aynı şekilde hormon tedavisiyle östrojenin eksilmesine bağlı bulguları azaltabiliyorsunuz ama yaşa bağlı değişimleri engelleyemediğiniz için de tümüyle yok edemiyorsunuz. Olumlu etkiler en fazla yüzde 60-70'lerde kalıyor ve östrojen hormonunun nerede daha fazla etkisi varsa, bu tedaviyi uyguladığınızda orada daha belirgin sonuç elde ediyorsunuz.

Kısacası östrojen azalması belirli oranlarda tüm sistemi etkiler. Çünkü bu hormon, kadının, psikolojik yapısından organik yapısına kadar bütün fonksiyonlarını düzenleyen bir hormondur. Azalmaya başladığı zaman, ilk etkilenen sistemler genellikle en fazla etkili olduğu noktalardır.

● *Somut örnek verebilir misiniz bu noktada?*

— Âdet düzensizlikleri ile başlayan ilk belirtiler, ateş basması, sıkıntı, çarpıntı hissi, sinirlilik ve terleme nöbetleri ile seyreden klasik menopozal yakınmalardır. Daha önce de bahsettiğimiz gibi bu belirtiler kadınların üçte ikisinde

değişik şiddetlerde görülürken, üçte biri bu şikayetleri yaşamaz. Bununla birlikte bu belirtiler her zaman menopoz bulgusu olmayabilir. Kadın, başka bir nedenden ötürü bu şikayetleri yaşıyor olabilir. Örneğin, kadın depresyondadır veya "âdet öncesi gerilim sendromu" ya da "premenstrüel sendrom" dediğimiz bir durum söz konusudur. Kadınların belli bir yaştan sonra âdetine yakın dönemde başlayan ve âdet kanamasının başlaması ile birlikte bir anda kaybolan benzer bulgular ile karakterize olan bu tablo menopoz yakınmaları ile karıştırılabilir. Hatta kadınlar yaşı itibariyle de korkarak "menopoza mı giriyorum" diye endişelenebilirler. Keza yine tiroid bezinin çalışmasındaki bozukluklar da aynı belirtileri gösterebilir. Bu nedenle, sözünü ettiğimiz belirtileri hemen menopoza bağlı bulgular olarak değerlendirmemek gerekir. Ama kadının yaşı uygunsa ve âdet düzensizlikleri ile beraber bu bulgular ortaya çıkmaya başlamış ise tetkik yapmadan da bu belirtilerin menopoza bağlı bulgular olduğunu anlayabilirsiniz.

1-2 dakikalık nöbetler

● *Bu ilk belirtiler gün içinde devamlı olur mu?*

— Biz bunları "vazomotor yakınmalar" ya da "ateş basması" diye tanımlarız. Bunlar klasik menopoz yakınmalarıdır ve sürekli olmayıp nöbetler halinde gelirler. Nöbetler sıklık açısından kişiden kişiye farklılık gösterebilir ya da aynı kadında değişik günlerde farklı sıklıkta gelebilir. Kadının ruh durumu ile ilintili olabilir. Mesela kadının o gün bir şeye canı çok sıkılmışsa daha fazla nöbet yaşar. Başka bir gün çok rahatsa, spor yapmışsa daha az sıklıkta şikayeti olur. Bu nöbetlerin ortalama günde 5 ile 20 kez arasında değişmesi normaldir. Belirtilerin görülme sıklığı artabilir de azalabilir de. Nöbet süresi yaklaşık 1 dakika ile 2 dakika arasında değişebilir.

● *Kadın bu nöbet sırasında neler yaşar?*

— Nöbetin başlangıcında kadında vücudunun üst tarafında başlayan bir sıcaklık hissi oluşur. Bu kişiye baktığınız zaman huzursuzlandığını fark edebilirsiniz. Sıcak basmasından dolayı kadın bir anda üstünde kazağı, hırkası varsa çıkarır. Pencereyi açıp hava alma, serinleme ihtiyacı hisseder. Yelpazesi varsa yelpazelenir. Etrafı ile sohbetteyse bu sohbetten uzaklaşır ve ilgisi yavaş yavaş dağılmaya başlar. Çarpıntı hissi, karıncalanma ve sinirlilik gibi belirtilerin de eklendiği bu nöbet, ani bir ter boşalması ile sonlanır. Hatta kadınlar bunu, "Sırılsıklam oluyorum" diye ifade ederler. Biraz evvel sıcak basan, camı açan, yelpaze ihtiyacını hisseden kadın üşümeye başlar ve bu sefer de pencereyi kapatır, üstüne hırkasını giyer. Böylesine kötü yaşanan 1-2 dakikalık sürenin sonrasında da terlediği için huzursuzdur. Çünkü üstü ıslanmıştır ve çoğunlukla da eğer üstünü değiştirmeye müsait değilse, bu terlemelerin sonrasında çok rahatlıkla bağışıklığını kaybedip hasta olabilir. Özellikle de kalabalık bir yerdeyse, bir toplantıda ya da sosyal bir aktivite sırasında gelen nöbetler kadını rahatsız ettiği için gündelik sosyal aktivite ve ilişkiler, bu olaydan dolayı etkilenmeye başlar. Nöbet gece gelirse, kadını uykudan uyandırır, uykusunu böler. Bu da kadına uykusuzluk şeklinde yansır. Ertesi günü de yorgun geçirir. Bunun yanı sıra, östrojen aynı zamanda uykunun *REM* dediğimiz esas dinlendirici fazını ayarlayan ve düzenleyen etkenlerden birisidir. Östrojen azaldığı zaman bu faz, hem seyrekleşir hem de süresi kısalır. Kadın bize bu durumu şöyle ifade eder: "Gece uykuya geç dalıyorum. Uyusam da sabah çok yorgun kalkıyorum." Bunun nedeni östrojenin uyku düzeninde yapmış olduğu etkinin azalmasıdır.

● *Östrojen azalması beraberinde başka hangi sıkıntıları getirir?*

— Dokularda gerilemeler ortaya çıkmaya başlar. Östrojen hormonunun en fazla etki ettiği yerlerde gerilemeleri daha hızlı ve daha belirgin olarak görüyoruz. Bu yerlerin başında genital sistem ve idrar yollarının alt bölgesi vardır: İdrar torbası ve idrar torbasının fonksiyonları, vajinayı döşeyen, mukoza adını verdiğimiz doku, rahim iç zarı ve rahimin kendisi bunların içerisine giriyor. Bu bölgelerde gerilemeler, zayıflamalar ve doku incelmeleri meydana gelir. Bu değişimler menopozdan sonraki 2 ila 4 yıl içinde belirti vermeye başlar. Vajina duvarı diye tanımladığımız ve vajina mukozası adını verdiğimiz doku, hücre katmanlarından oluşan bir dokudur. Buranın doğal bir mikrop ortamı (biz buna flora adını veriyoruz) vardır. Bu ortam ağzımızda ve kalınbağırsağımızda da vardır. Yani vücudun dışa açılan bölgelerinde *flora* adını verdiğimiz bu ortamlar bulunur. Vajina florasını dengede tutan bazı mikroplar vardır. Bunlar faydalı mikroplardır ve asit üreterek vajinanın enfeksiyonunu engellerler. Ancak bu mikropların yaşamları öst-rojen azalması ile beraber bozulur ve vajinanın asiditesi azalır. Vajina mukozası, yine östrojen azalmasına bağlı olarak incelir. Tüm bunlar klinik olarak şu belirtileri verir:

1. Vajinada kuruluk hissi (çünkü nem de azalıyor),
2. Vajinada yanma hissi,
3. Bu doğal ortamı koruyan bakterilerin azalmasına bağlı olarak *patojen* dediğimiz enfeksiyon yapan bakterilerin çoğalması.

Vajina enfeksiyonları, kötü kokulu akıntı ve yanma, kaşıntı gibi şikayetler ile birlikte seyreder. Vajinadaki bütün bu değişimler dolaylı olarak cinsel yaşantıyı etkiler.

Kadın, cinsel yaşantıdan acı duymaya başlar ve acı çektiği için uzaklaşır. İstemli olarak cinsel birlikteliğin sıklığını azaltmaya başlar. Bu arada benzer incelme, vajinada olduğu gibi idrar torbasının içini döşeyen *epitel* dokusunda da olur. Bu sefer o bölgedeki hassasiyet klinik olarak, kadına idrar yaparken güçlük yaşatır. Kadın, sık idrara çıkma ihtiyacı hisseder... Devamlı idrarı varmış gibi hisseder.

● *Sanki* sistit*'i tarif ediyorsunuz...*

— *Sistit* tarifi gibidir, doğru. Ama *sistit*, enfeksiyondur. Bu ise enfeksiyon bulgularına benzer ama enfeksiyon değildir. Biz bunlara, "sistizm belirtileri" deriz. Ayrıca, "idrarı tutabilme mekanizması" vardır. İdrarı tutabilme mekanizması, idrar yollarının etrafındaki birtakım dokularla gerçekleşir. Östrojen eksikliğine bağlı olarak bu dokularda da zayıflıklar ortaya çıktığı için idrar tutma mekanizmalarında değişiklikler ve zayıflamalar ortaya çıkıp, idrar kaçırmalar gündeme gelmeye başlar. Bunun tek nedeni, östrojen azalması değildir. Ama östrojen azalması bunları tetikleyebilir.

● *Bahsettiğiniz kaçırma öksürürken olan idrar kaçırma gibi midir?*

— Mesela kadın sıkıştığını hisseder, tuvalete yetişmeye çalışır ama tuvalete yetişmeden idrar kaçırabilir. Ya da öksürürken, aksırırken idrar kaçırma, gülerken, konuşurken idrar kaçırmalar şeklinde olabilir. Söylediğim gibi bunlar tek başına östrojen ile ilgili değildir ama östrojen azaldığı zaman belirtiler ortaya çıkmaya başlar ve belirginleşir.

● *Belirtiler ya da şikayetler bu kadar mıdır?*

— Daha ileri dönemlerde risk artışlarını gözlemeye başlıyorsunuz. Bunlar klinik olarak gözle görülebilir ya da gö-

rülemez belirtilerle devam ediyor. Bunları "kalıcı sistemik değişimler" diye tanımlıyoruz... Burada iki sistem çok önemli. Bunlardan bir tanesi, kalp-damar sistemi, diğeri ise kemik. Bu iki sistemdeki değişimler daha geç ortaya çıkan ve kalıcı olan sistem değişimleridir. Menopozda tedavilerin ana hedefleri bu iki sistemdir. Çünkü özellikle kalp ve damardaki değişimler, yaşam ile ilgili olan değişimlerdir. Mesela bir ateş basması kadını öldürmez, vajinadaki kuruluk kadını öldürmez ama bir kalp-damar hastalığı öldürür. O yüzden buradaki değişimleri takip etmek çok önemlidir. Bunlar da yaklaşık menopozdan 5-6 yıl sonra belirginleşip klinik belirti vermeye başlar. Ancak her kadında görülmez. Çünkü bu sistemlerdeki olumsuz değişimlerin tek sebebi östrojen azalması değildir.

● *Yani kadın daha önce bu belirtileri fark etmeden mi yaşıyor?*

— Fark edilmiyor, çünkü kalp ve damar hastalıkları sessiz gelişen bir patolojidir, başlangıçta belirti vermez. Aslında bu hastalıkların başlaması çok genç yaşlara dayanabiliyor. Ama belirgin değişim menopoza geçiş periyodunda, *klimakteryum* dediğimiz dönemde yükselmeye başlıyor. Siz kalp-damar sistemini korumak istiyorsanız, risklerin arttığı dönemde değil, çok daha erken yaşta devreye girmeniz lazım. Kişinin risklerini belirleyerek hastalık klinik aşamaya gelmeden önlemeniz gerekir ki ileride aktifleşmesin. Çünkü aktifleştikten sonra sizin yapacağınız tedavi bir anlam ifade etmeyebilir. Önemli olan, hastalığı klinik bulgu vermeden önlemek, ortaya çıkmasını engellemektir. Biz buna koruyucu hekimlik deriz.

İKİNCİ BÖLÜM

Kalp-Damar ve Kemik

● *Bu dönemde kalp ve damar hastalıkları riskinde ne gibi değişimler olur?*

— Kalp-damar sistemi, kadınlarda özellikle menopoz sonrası dönemde önem kazanmaya başlar. Çünkü genç yaş grubunda bu sisteme ait hastalıklar ve buna bağlı ölümler, kadınlarda erkeklere göre daha düşük olmasına rağmen menopozdan sonra eşitlenmeye ve hatta 70'li yaşlarda erkekleri geçmeye, kadın ölüm nedenleri arasında ilk sıralara yerleşmeye başlar. Genç yaş grubundaki bu farkın nedenleri arasında östrojenin koruyuculuğunun önemli rolü bulunduğu düşünülmektedir.

Gerçekten de yapılan çalışmalara baktığımızda, 45-64 yaş arasındaki her 7 kadından birisinde koroner kalp hastalığı bulunma ihtimali varken 65 yaş üzerinde bu olasılığın her 3 kadından birine yükseldiğini görmekteyiz. Erkek/kadın oranlarını karşılaştırdığımızda ise, 35-44 yaş arasında erkek/kadın oranı 5/1 iken 75 yaşında bu oranın 1,5/1 seviyelerine ulaştığını izliyoruz. Sonuç olarak bu rakamsal verileri değerlendirdiğimizde, 60 yaş üzeri her 4 kadından birisinin koroner kalp hastalığından dolayı ha-

yatını kaybettiğini anlayabiliriz. Gördüğünüz gibi sayılar çok yüksek. Diğer taraftan bu hastalıklar kadınlarda daha sinsi seyrediyor ve her zaman bulgu vermiyor. Bu nedenle ölüm, erkeklere göre daha fazla. Rakamsal olarak açıklayacak olursak, kalp krizi (miyokard infarktüs) nedeniyle hastanede takibe alınan bir kadının bu hastalıktan ölme ihtimali erkeklerin 2 katı. Çünkü kadınlarda koroner damarların daralmasına bağlı klinik bulgular, erkeklere göre daha farklı olabiliyor. İşte bu nedenle kadınlarda müdahale açısından hayati önem taşıyan ilk zamanlarda genellikle yavaş davranılıyor ve bu da kriz geçiren kadını riske sokuyor. Ayrıca kadınlar daha fazla risk faktörüne ve yüksek komplikasyon oranlarına sahiptirler ki bunun nedeni tam olarak çözümlenmiş değildir.

● *Östrojen azaldığında kadın, kalp ve damar sağlığı açısından neler yaşar?*

— Östrojen ve kalp-damar sistemi arasındaki olumlu ilişkiyi destekleyen bulgulara bakacak olursak şu bağlantıları yakalayabiliriz: Kadınlarda östrojen hormonunun aktif olduğu doğurganlık döneminde hastalık riskinin az olması, erken yumurtalık yetersizliğinde ya da cerrahi menopoz olgularında riskin artması gibi. Nitekim günümüze kadar hayvanlar üzerinde yapılmış olan çok sayıda çalışmanın sonuçları da bu olumlu etkiyi açıkça göstermiştir ve desteklemiştir. Östrojen, damar iç duvarının düzgün kalmasını sağlar ve inceliğini kontrol eder. Aynı zamanda damar duvarındaki adalelerin düzensiz kasılmalarını ve böylece damarın daralmasını engeller. Diğer taraftan başlıcaları *HDL* ve *LDL* kolesterol (iyi ve kötü kolesterol) ile *trigliserid*'lerden oluşan ve kan yağları olarak isimlendirilen serum *lipid* düzeylerini olumlu yönde ayarlar. Temel olarak bu iki yönlü etkisi ile kalp-damar sistemini koruduğu ka-

bul edilir. Tabiidir ki bu sistemde etkili olan tek madde östrojen değildir. Kişinin genetik özellikleri, alışkanlıkları (sigara, alkol gibi), beslenme ve yaşam şekli, risk grubuna dahil olan hipertansiyon, diyabet gibi bazı hastalıkların varlığı da o kişinin kalp ve damar sağlığını etkileyebilen, değiştirebilen özelliklerdir.

Damar iç duvarının yapısında bozulmalar meydana gelirse *aterom* adını verdiğimiz plaklar oluşur. Bu plaklar atardamarlarda daralma ve tıkanmalara neden olur ve beslediği dokularda *infarktüs* adı verilen doku ölümleri meydana gelir. Bu dokular kalp ve beyin gibi hayati organlara ait ise ölümle sonuçlanabilir. Örneğin kalbi besleyen koroner damarlardaki tıkanma, *miyokard infarktüsü* yani kalp krizi nedenidir. Daha önce de belirttiğimiz gibi östrojenin, bu duvarın bütünlüğünü korumada önemli bir rolü vardır. Bu nedenle kadınlardaki kalp ve damar hastalıkları ve bunlara bağlı ölüm oranlarına dikkat ederseniz, erkeklere göre çok daha azdır. Buna karşın genç yaşta erken menopoza giren kadınlarda, aynı yaşta olup âdet görmeye devam eden kadınlara göre riskin daha fazla olduğunu görüyoruz. Bu da östrojenin olumlu etkisinin önemli bir kanıtıdır.

● *Menopozdan sonra kadın için kalp ve damar tehlikesi baş gösteriyor yani...*

— Tabii, menopozdan sonra kadınlar, kalp ve damar hastalıkları açısından erkekler ile aralarındaki farkı kapatmaya başlıyorlar ve 70-75'li yaşlara ulaştıklarında erkekler ile eşitleniyorlar. Daha ileri yaşlarda ise erkekleri geçiyorlar. Bu sisteme ait hastalıklar, ileri yaş kadın ölümleri arasında ilk sıraya yerleşiyor.

● *Kalp ve damar açısından cinsiyetlere göre farklılığı biraz daha açar mısınız?*

— Erkeklerde kalp-damar sistemlerindeki bozulma veya risk artışı daha genç yaş grubunda ortaya çıkıyor. Özellikle koroner atardamarlarda meydana gelen kısmi daralmalar, o bölgelerde beslenmeyi sağlamak amacıyla alternatif damar oluşumlarına neden olabiliyor. "Kollateral dolaşım" olarak adlandırdığımız bu özellik, tam tıkanmalarda dokudaki ani ölümü kısmen engelliyor ve kriz ölümcül olmayabiliyor. Eğer böyle bir gelişim yoksa yani "kollateral dolaşım" yeterli değilse ya da büyük bir damar ani olarak tıkanırsa ölüm kaçınılmaz olabiliyor. İşte erkeklerde bu dolaşım kadınlara göre nispeten daha fazla ve bu nedenle kadınlarda ortaya çıkan bir tıkanmanın sonucu daha vahim olabilmekte. Bu da olası bir kalp krizinin kadınlarda daha ölümcül olmasına neden olmakta. Diğer taraftan koroner atardamarların daralmasına bağlı göğüs ağrısı kadınlarda meme ağrısı ile çok karışıyor. Bu, hekimi de yanıltabiliyor, kadını da... Onun için çok dikkatli olmak lazım. Özellikle belli bir yaş grubundan sonraki kadınlar eğer anlattığımız gibi göğüs ağrılarından yakınarak geliyorsa, altta kalp-damar sistemine ait bir sorun olup olmadığını mutlaka kontrol etmekte fayda var.

● *Bu riski azaltmak için kadın ne yapmalı?*

— İleri yaşlarda klinik olarak belirti verecek bir hastalığı önlemek için daha erken dönemde devreye girmeniz, takibinizi ona göre yapmanız gerekiyor. Yani menopoza geçmekte olan bir kadın özellikle de kalp ve damar hastalıkları açısından risk taşıyorsa, bu riskin menopozdan sonra artmaya başladığını bilmek zorundasınız. O yüzden hem kadın hem de doktorunun, bu gerçeği bilerek önlemlerini ona göre almaları, yaşam şeklini belirlemeleri ve takiplerini bu doğrultuda yapmaları şart.

● *Kalp ve damar hastalıkları kadınlar için daha ölümcül olabiliyor dediniz. Bunun bilinen bir nedeni var mıdır?*

— Bu konuyu buraya kadar genel hatları ile anlattık ama tekrar üzerinde durmak istediğim nokta şu: Kalp-damar hastalıkları, kadınlar için sinsi bir hastalıktır. Bu hastalıklar halk arasında hep erkeğe ait hastalıklarmış gibi algılanır. Bu nedenle teşhisleri de geç konabilir. Mesela bir erkek size, "Benim sol göğsüm ya da kolum ağrıyor" dediği zaman ne gelir aklınıza? Kalp gelir. Oysa bir kadın, "Benim göğsüm ağrıyor" dediği zaman akla meme gelir. Kadın, "Memem ağrıyor" der. O zaman zeminde yatan birtakım belirtileri siz erken yakalayamazsınız. Aslında kadında birtakım koroner belirtiler ortaya çıkmaya başlamıştır. Yapacağınız basit bir tetkikle yakalayabilirsiniz ama başka şeye yöneliyorsunuz. Böylece zamanında müdahale gecikebiliyor ve daha önce bulgu vermiş olmasına rağmen hastalık ölümcül olabiliyor.

Keza kadınlara göre de kalp-damar hastalıkları gerektiği kadar önemsenmemektedir. Bu hastalıklara bağlı ölümler, kadın ölümlerinde yüzde 35-40 gibi oranlar ile ilk sırada yer almasına rağmen, yapılan araştırmalar sırasında, "Sizce en önemli sağlık problemi nedir" diye sorulduğunda kadınların çoğunun "meme kanseri" diye yanıt verdiği anlaşılmaktadır.

Görünmeyen kemik kırıkları

● *Kalp-damardan sonra sistemik açıdan ikinci tahribatın da kemikte olduğunu vurguladınız. Kemik nasıl zarar görüyor bu dönemde?*

— Kemik doku, organik ve inorganik yapıları bulunan ve *turnover* adını verdiğimiz yıkım ve yapım hareketleri içeren bir dokudur. İnorganik yapılar mineral olarak adlan-

dırılır. Halk arasında "kemik kaybı" denilen olay, aslında büyük kısmı kalsiyumdan oluşan bu minerallerdeki azalmadır. Diğer taraftan kemik yapısına mimari bir gözle de bakılabilir. Böyle bakıldığında temel kolonlar ve bunlar arasında bağlantılar görürsünüz. İşte bu mimarideki zayıflama, kemiğin sağlamlığını azaltarak dışardan gelen kuvvetlere karşı kırılganlığını artırır. Klinik açıdan önemli olan da kırılganlıktaki bu artış ve buna bağlı olarak kemiğin kırılmasıdır.

Vücutta başlıca 2 tip kemik yapı bulunur. Bir tanesi süngerimsi kemik yapı (trabeküler kemik), diğeri ise sert kemik yapıdır (kortikal kemik). Süngerimsi kemik yapı, östrojen hormonundan en fazla etkilenen, bu hormon azaldığında en hızlı zayıflayan kemiktir ve en fazla bulunduğu yer vücut ağırlığını büyük oranda karşılayan omurga kemikleri ve kalça ile uylukkemiğinin baş kısmıdır. Sert kemik yani kompakt kemik ise daha çok uzun kemiklerde bulunur.

Kemik doku, insan yaşamı içinde belli bir zamana kadar mineral deposunu tamamlar. Yaklaşık 30-35 yaş olan bu tamamlanma sınırından sonra kayıp süreci başlar. Bu kayıp önceleri yavaştır, ilerleyen yaşla birlikte hızlanır ve belli bir yaşa gelindiğinde tekrar duraksar. İşte siz kemiğe bir katkıda bulunmak istiyorsanız çocukluk ve gençlik yılları çok önemlidir. Bu yaşlarda beslenmeniz, yaşam şekliniz, kemiğin ana deposunu oluşturacaktır. İleri yaşlarda sadece belirli oranlarda kayıp hızını yavaşlatabilirsiniz ama tamamen durduramazsınız ve çok fazla da ilave bir şey katamazsınız. Bir örnek vermek gerekirse, sizin, bankada bir hesabınız var. 30-35 yaşa kadar bu hesaba devamlı para yatırıyorsunuz. Daha sonra bu hesap kapanıyor ve sizin bir daha artık para yatırma şansınız yok. O zaman kayıp süreci başlıyor yani parayı harcamaya başlıyorsunuz. Bu

hesaba ne kadar fazla para yatırırsanız ve ne kadar cimrice harcarsanız o kadar rahat edersiniz. Kemiği de öyle düşünebilirsiniz. Kemik mineral yoğunluğunu ve doruk kemik kütlesini ne kadar uygun bir şekilde olgunlaştırırsanız ve kütlenin kayıp sürecinde bu kaybın ilerlemesini ne kadar yavaşlatırsanız, kemiğin kırılma eşiğine o kadar geç yaşta girersiniz. Oysa ne kadar bonkörce harcarsanız, kemiğiniz de o kadar erken yaşta kırık eşiğine ulaşır.

● *Bonkör harcama derken neyi kastediyorsunuz, biraz daha açar mısınız?*

— Kemik kayıp sürecini hızlandıran faktörleri ne kadar fazla barındırıyorsanız o kadar bonkör davranıyorsunuz demektir. Oysa bu konuda oldukça cimri olmak gerekmektedir. Kaybı hızlandıran nedenler 2 grup altında incelenebilir. Bir tanesi insanların değiştiremeyeceği özellikler, diğeri ise değiştirilmesi ve düzeltilmesi mümkün olabilen özelliklerdir. Değiştirilemeyen nedenleri düzeltebilmek mümkün olmasa da, diğer nedenleri önlemek elimizdedir. Zaten kemik koruyucu tedavi ve yöntemler, büyük oranda değiştirilebilen faktörlerin üzerinde etkilidir. Yaşınız, cinsiniz (kadın olmak), genetik yapınız, ailesel riskleriniz; bütün bunlar değiştiremeyeceğiniz faktörlerdir. Ama siz en azından değiştirilebilir faktörleri etkileyebilirsiniz. Örneğin sigara en önemli risk faktörlerinin başında gelir. "Sedanter yaşam" dediğimiz hareketsiz bir yaşam sürüyorsunuz. Hiç spor yapmıyorsunuz, aktiviteniz yok. Kemiğe zararlı olan ilaçlar kullanıyorsunuz, beslenmenizi uygun yapmıyorsunuz, güneş ışığından faydalanmıyorsunuz. Bunlar değiştirilebilir nedenlerdir. Siz, eğer bunlara uymuyorsanız bu kaybı o kadar hızlandırıyorsunuz demektir.

Kadınlarda kemik doku açısından erkeklere göre farklı olan bazı özellikler vardır. Bunların başında, doruk ke-

mik kütlesinin erkeklere göre daha düşük seviyelerde olması gelir. İkincisi ise *klimakteryum* dediğimiz dönemde östrojenin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan hızlı kayıp sürecidir ve bu süreç içinde belirgin bir kütle kaybı ortaya çıkar. Çünkü östrojen, kemik doku üzerinde olumlu etkileri kesinleşmiş olan bir hormondur. Kemiğin yıkımını azaltırken yapımını artırır ve böylece kemik mineral yoğunluğunu korur. Diğer taraftan, kemiğin mimari yapısında da olumlu etkileri vardır. İşte tüm bu etkileri ile östrojen, kemiğin kırılganlığını azaltır ve kırılmasını önler.



Kutu

● *DEĞİŞTİRİLEMEYEN YA DA DEĞİŞİMİ GÜÇ OLAN BAŞLICA FAKTÖRLER*

- İlerleyen yaş
- Irk
- Cinsiyet (kadın olmak)
- Aile hikayesi
- Doğurmamış olmak
- Zayıf olmak (beden-kütle indeksinin düşüklüğü)

● *DEĞİŞTİRİLEBİLEN BAŞLICA FAKTÖRLER*

- Sigara ve aşırı alkol alışkanlığı
- Hareketsiz (sedanter) yaşam
- Yetersiz beslenme, güneş ışığından yararlanamama
- Menopoz (hormon tedavisi ile kemikteki etkileri değiştirilebilir)
- Kortizon gibi bazı ilaçların kullanımı



● *Kemikteki tahribat, osteoporoz mudur?*

— Osteoporoz, genel anlamda kemik kütlesindeki kayıp ve beraberinde eşlik eden kırılma riskindeki artıştır. Eğer klinik olarak tespit edilmiş bir kırık da bu duruma eşlik ediyorsa "yerleşmiş osteoporoz"dan bahsedilir. *Osteopeni* ise kemik kütlesinde belirli düzeye kadar olan azalmadır. Bu tanımlamalar, kemik mineral yoğunluk ölçümleri sırasında genç erişkin dediğimiz doruk kemik kütlesinin tamamlandığı yaşa göre olan kayıp miktarları doğrultusunda yapılır.

● *Kemikte bu teşhisler için hangi yöntemler kullanılıyor?*

— Bu tanımlamaları, ölçüm yöntemleri ile koyuyoruz. Ölçüm yöntemleri derken kemik mineral yoğunluğu ölçümlerini kastediyorum. Günümüzde kabul gören ideal ölçüm yöntemi *DEXA* adını verdiğimiz yöntemdir. Kadına hiçbir rahatsızlık vermeden kısa süre içinde çekim yapılır ve belirli bölgelerdeki yoğunluklar tespit edilir. Bu yoğunluk, santimetrekareye düşen gram cinsinden mineral miktarıdır. Elde edilen değerler genç erişkin olarak tanımlanan ve doruk kemik kütlesinin en yüksek olduğu 30-35 yaş grubu standardına göre ve aynı zamanda kadının bulunduğu kendi yaş grubu standardına göre karşılaştırılarak ve ne kadar kayıp olduğu standart sapma olarak tespit edilir. Genç erişkinlere göre olan karşılaştırma *t-skor*, kendi yaş grubuna göre olan karşılaştırma ise *z-skor*'dur. Kemikte tanımlamaya giderken *osteopeni* ya da osteoporoz diyebilmemiz için *t-skor*'unu kullanırız. Bu değere göre –2,5 ve daha fazla olan kayıplar osteoporoz tanısını koydurur. Bu tanımlamalar Dünya Sağlık Örgütü'nün bildirdiği tanı kriterleridir.

● *Çıkan sonuçlar eksi ise bir kadın neler yapmalı? Tekrar normal değerlere ulaşmak mümkün müdür?*

— Hayır. Kemikteki kayıptan geri dönüş kolay değildir. Uygulanan tedavilerle belirli bir miktarda kemik yoğunluğunu artırabilirsiniz ama değerlerin hiçbir zaman normal çıkması mümkün değildir. Uygulanan bütün tedavilerin temel amacı, kırığı önleyebilmektir.

● *Menopozda kemikte mutlaka kayıp olur mu?*
— Tabii. Yaşın da getirdiği bir kayıp var. Siz, menopozu devre dışı bırakın, zaten 30-35 yaşlarından sonra belli bir hızda kayıp başlıyor. Erkekte de yaşa bağlı kayıp var. Ama kadınlarda östrojen azalmasına paralel bir şekilde, menopoza geçiş döneminde azalma belirgin olarak hızlanıyor. Erkekte böyle bir hormonal azalma olmadığı için sadece yaşlanma sürecinin getirdiği kayıp var. O yüzden kadınlar kemik açısından daha riskli. Tabii kadın ayrıca kemik açısından ilave riskler taşıyorsa (değiştirilebilen ya da değiştirilemeyen) fark iyice açılıyor.

● *Kemikteki tahribat ağrı da yapar mı?*
— Kemik kütlesindeki kayıplar ağrı nedeni değildir. Ancak kırık olursa ağrı olur. Örneğin daha çok omurgalarda oluşan çökme kırıklarını takiben kronik sırt ve bel ağrıları yerleşebilir. Fakat her sırt ve bel ağrısı kırığa bağlı değildir. Dikkat edilirse kadınlar menopoza geçiş döneminde bile ağrıdan yakınabilirler ve tüm vücutlarının ağrıdığını ifade ederler. Ağrı derken şunu karıştırmamak lazım. Menopoza geçiş döneminde östrojen azalması ile beraber oluşan bir ağrı tipi vardır ki biz buna "kas ve kiriş ağrısı" ya da "fibromiyaljik ağrı" deriz. Bunun kemikteki kayıp ya da kırık ile ilgisi yoktur. Fakat kadının aklına hemen kemik ağrısı gelir ve telaşlanır. Hatta sadece bu nedenle, "Eyvah! Ben menopoza giriyorum. Kemiklerim de kayboluyor, kırıklar mı oluyor" diye panik içerisinde korkarak bize mü-

racaat ederler. Ancak yine de bu ağrıların ayırıcı tanısı mutlaka doktor tarafından konulmalıdır.

● *Âdet kesilmeden önce de olur mu bu ağrılar?*

— Evet olabilir. "Fibromiyaljik ağrılar" her zaman görülebilir çünkü farklı sebeplerle ortaya çıkar. Ama menopoza geçiş döneminde östrojen azalması ile beraber daha da belirginleşir.

● *Kemik kırığı derken bildiğimiz, alçıya alınan kırıklardan mı söz ediyorsunuz?*

— Hayır, hepsi değil. Gözle görülebilir de olabilir ama önemli olan gözle görülmeyen kırık tipleri. Çünkü tipik kırık şeklinde değillerdir. Özellikle süngerimsi kemik içeren omurgalarda çökme kırıkları şeklinde kırıklar meydana gelir ve bunlar gözle görülen kırıklar değillerdir. Süngerimsi kemiklerin yapısını incelediğinizde, *trabekül* adını verdiğimiz ince bağlantılar bulunur. Aynı sünger yapısını andırır. Bu aradaki bağlantılar kemik kaybı ile birlikte incelir ve koparlar. Böylece gözenekler genişler, kemik yapının sağlamlığı azalır ve kırılganlığı artar. İşte böyle bir durumda vücudun ağırlığını taşıyan, özellikle bel bölgesinde bulunan omurga kemikleri, ilave bir ağırlığa dayanamaz ve baskı sonucu kırılır. Çökme şeklinde olduğu için buna çökme kırığı denir.

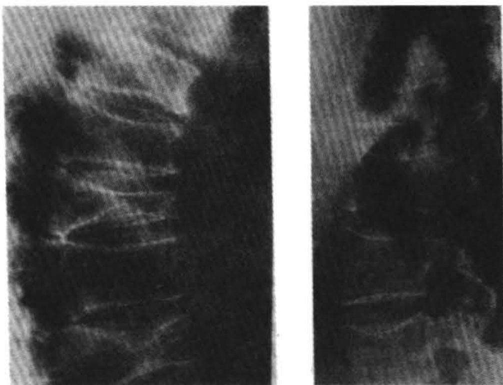
● *Peki, bu, gözle nasıl fark edilir?*

— Fark edilmez. Kemikteki ağın bağlantıları zayıflıyor, kopuyor. Sonuçta kemiğin taşıma gücü yavaşlıyor, azalıyor. Omurgalar, bütün vücudun aksını oluşturur. Aks, vücudun yüzeye göre dikliği demektir. Yani vücudun açısıdır. Vücudun dikliğini sağlar, ağırlığını çeker. Düşünün, belkemiğinden üst taraftaki bütün ağırlık belkemiğine yüklenir.

Burası önemli bir bölgedir çünkü burada kemik kadar sağlam başka bir destek dokusu yoktur. Mesela en basitinden kadın ev temizliği yapıyordur, eşya kaldırmıştır ya da alışveriş sırasında ağır bir file kaldırmıştır. Bu sırada ani sırt ağrısı ortaya çıkar. Sonra, "Herhalde ters bir hareket yaptım" der. Durur, dinlenir, ağrı kesiciler içer. Daha sonra bu ağrı kronikleşir, müzminleşir. Ama aslında bir omurga kemiği kırılmıştır. Bir omurga kemiğinin bu şekilde kırılmasıyla kadının boyunda yaklaşık bir santimetrelik kısalma ortaya çıkar. Aynı zamanda bu kırılma vücut aksının da yavaş yavaş öne doğru kavis yapmasına, kamburlaşmasına neden olur. Yani hafif bir kamburlaşmaya yol açar. Tabii ne kadar çok omurga kemiği kırılırsa bu kısalma ve kamburlaşma o kadar fazla olur. İşte, ileri yaşlardaki kadınların bir kısmında bu vücut yapısını görürsünüz. Bunların önemli nedeni, omurgalardaki kırıklardır. Bu arada omurgaların etrafından da vücudun değişik yerlerine giden sinirler çıkar. Kırılmalar sonucu, bu sinirlerde de baskılar oluşur ve bu sinirlerin gittiği yerlerdeki organlarda fonksiyon bozuklukları ortaya çıkar.

● *Omurga kırıklarının yaptığı bu baskıdan hangi organlar zarar görür?*

— Mesela idrar şikayetleri ortaya çıkabilir. Yapısal olarak akciğerlerin de sıkışması söz konusu olabilir. Çünkü kamburlaşma ortaya çıkınca akciğerler üzerine de bir baskı ortaya çıkar. Bu da solunum kapasitelerini düşürür. Akciğerlerin rahat genişlemesi engellenir. Sonuçta solunum problemleri görülür. Aynı olay akciğerlerde ödemleşmenin ve enfeksiyonların artmasına da neden olabilir ve *pnömoni* dediğimiz akciğer enfeksiyonları sıkça görülmeye başlar. Gördüğünüz gibi basit bir kırık deyip geçmeyin; hayati sonuçlarla karşınıza çıkabiliyor. Ama bunlar bir veya iki kı-



Resim 1. İlerlemiş osteoporozda omurgalarda meydana gelen çökme kırıklarının radyografik görüntüleri.

rıkla olan şeyler değildir. İleri yaşlardaki, çok sayıdaki kırıklar sonucu ortaya çıkar. Yani vücut aksının ve duruşunun (postür) değişmesi gerekir.

● *Kadınlarda bu dönemde kemik kırıkları oranı nedir?*

— Rakamsal veriler vermek gerekirse, 60 yaşındaki bir kadında 45 yaşındaki bir kadına göre risk, yani omurgadaki, omurga kemiğindeki kırığın görünme riski, 10 kata yakın artış gösteriyor. 60-65 yaş grubundaki hormon tedavisi almayan beyaz ırktan kadınların (Türk kadınları da bu grubun içerisinde) yaklaşık yüzde 50'sinde en az bir omurgada çökme kırığı bulunduğu kabul edilmekte. Eskiden mesela 65 yaşındaki bir kişiye "çok yaşlı" denilirdi, ama günümüzde artık 65 yaş, yaşlı değil. O nedenle, eğer kontrolsüz ve tedavisiz kalıyorsa, risk faktörleri belirlenmemiş ise, bu kadın hakikaten kemik açısından menopozdan sonra önemli riskler taşımaya başlıyor.

● *Kırıklar genellikle vücudun hangi bölgelerinde oluşuyor?*

— Kemikler zayıfladığında ileri kategoride ön kol kırıkları artıyor. "Ön kol"dan bileği kastediyoruz. Bilek kırılması, genel olarak kemikteki kütle kaybı ile birlikte kemiğin kırılganlığının artışından dolayıdır. Ayrıca bu yaş grubundaki kadınlar düşmeye daha fazla meyillidir. Östrojen azalmasından dolayı görmeden tutun dengeye kadar bütün sistemlerde gerileme ortaya çıkmıştır. Yani gençlere göre daha kolay düşerler. Bir insan düştüğü zaman hemen ellerini öne doğru koyar. Bu dönemdeki kadınlar düştüklerinde ellerini bu şekilde dayamaları sırasında bileklerini kolayca kırarlar. Normal genç grup, aynı hareketi yaptığında kırılmaz ama kemikteki kırılganlık artarsa bu harekette "ön kol" dediğimiz kırıklar, el bileği kırıkları meydana gelir. Bunların yanı sıra yaş 70'leri geçmeye başladıktan sonra kalça kemiği kırıklarının (femur başı kırıkları) süratle artmaya başladığını gözleriz. Hem yaşın getirdiği kayıp, hem östrojenin azalmasına bağlı kayıp, bu bölgede belirgin bir azalmaya yol açar. İleri yaş grubundaki kalça kemiği kırıklarındaki risk, hem kadının yaşı nedeniyle, hem de kırığın bölgesi nedeniyle ölümcül komplikasyon meydana getirebilir. Çünkü kırık esnasında yağ dokusundan *emboli* (pıhtı) atabilir. Bu da yaşlı kadının herhangi bir hayati organını gidip tıkarsa, ani ölüme yol açabilir. Nitekim kalça kırıkları ölümcül kırıklar arasında kabul edilir ve bu oran kırıktan sonraki 3 ay içinde yüzde 15'lere kadar ulaşabilir. Ancak günümüzdeki teknoloji, bunların operasyonlarını daha detaylı ve rahat bir hale getirdi. Dolayısıyla kadınlar artık kırıklar nedeniyle uzun süre hareketsiz yatmıyorlar. Eskiden insanlar uzun süre yatağa bağlanıyorlar ve buna bağlı kalp yetmezlikleri ile karşı karşıya kalıyorlardı. Günümüz protez ameliyat teknikleri çok geliştiği için bu komplikasyon oranları artık eskisi gibi değil.

● *Kalça kırıklarına karşı ne gibi önlemler alınabilir?*

— Bu yaş grubundaki kişilerin kemik açısından çok yakın takip edilmeleri ve kemik kırılganlık durumunun tespit edilmesi lazım. Eğer kırılganlık belirli bir şekilde artış göstermişse (osteoporoz), bu kişilerin yaşam şekilleri ona göre belirlenmelidir. Uygulanacak tedavilerin yanı sıra kırığı engelleyecek önlemler alınabilir. Örneğin kadının yattığı yer ile tuvalet arasında uzun mesafe olmaması ve önünde engel bulundurulmaması, banyoda düşmeyi engelleyecek önlemlerin alınması ve tabii ki kadının düşmemek için dikkatli olması gibi, basit önlemler kurtarıcı olabilir.

● *Menopozdan sonra kadının bunları yaşamaması için, yani bu kırıkların oluşumunu engellemek için, daha öncesinde ne yapmalı?*

— Kemik açısından olumlu etki elde edilmek isteniyorsa, her şeyden önce alınacak önlemlerin çocukluk çağından, yani doruk kütlenin tamamlanma sürecinden itibaren başlaması gerekiyor. Bunun için beslenme alışkanlıkları, spor ve güneşten faydalanma gibi olumlu davranışları bir yaşam şekli haline getirmek gerekir. Özellikle sigaradan uzak durmak, kemik sağlığı açısından en önemli faktörler arasındadır. Beslenmenin temelinde yatan önemli olan noktalardan biri de kemiğin olgunlaştırılmasıdır. Çocukluk çağında süt içilmesi desteklenmelidir. Çocukların D vitamini açısından güneş ışığından faydalanması, kalsiyum alımının yeterli miktarda sağlanması ve egzersiz, kemik kütlesini artıran ve doruk kütlenin yüksek olmasını sağlayan özelliklerdir. Tüm bunlar kişilerin yapabilecekleri ve en azından yapmaya çalışabilecekleri şeylerdir. Tabii bir de kişi istemiş olsa dahi değiştiremeyeceği özellikler var ki cinsiyet, genetik yapı ve ailesel özellikler bu gruba girer. İşte bu faktörler doruk kütlenin tamamlanma sürecinde de rol oynarlar. Yani kısacası sağlam bir kemik doku için iyi bir ge-

netik zemin üzerine uygun beslenme ve yaşam koşullarının oturması gerekmektedir.

● *Kadın kemik yoğunluğu ölçümünü hangi sıklıkta yaptırmalı?*

— Kemik yoğunluğu ölçümü, belirli bir alandaki mineral miktarını tespit ederek kişinin genç erişkin yaş grubuna ve kendi yaş grubuna göre kıyaslamasını yapar. Sonuçta kemik mineral kayıp oranlarına göre *osteopeni* ya da osteoporoz gibi tanıların konulmasında yardımcı olur. Fakat bu, herkesin mutlaka yaptırması ve belirli aralıklarla tekrarlaması gereken bir tetkik değildir. Yapılma kararı ve uygulama sıklığı mutlaka doktor tarafından belirlenmeli, kişiler kendi isteklerine göre laboratuvara gidip bu tetkiki yaptırmamalıdırlar. Pratik hayatımızda bu durum ile gerçekten çok sık karşılaşıyoruz. Kadınlar bazen bizlere müracaat etmeden önce kemik yoğunluğu ölçümlerini yaptırmış ve sonuçlarını almış olarak geliyorlar. Oysa bu gereksiz ve masraflı bir davranıştır. Önce doktor kontrol etmeli ve kararı o vermelidir. Zaten gerekiyorsa doktor o tetkiki hastasından isteyecektir. Bir kere şunun altını çizelim. Kemik yoğunluğu ölçümüne ne zaman başlanacağı ve sıklığı tamamen kişiye göre değişir. Genel kabul edilen kural şudur: Bir kişi risk taşıyorsa, bu risk doğrultusunda kemik yoğunluğu ölçümü ve takibi yapılır. Riski olmayan kişilerde ise gereksinim, klinik bulgular ve klinik takiplere göre belirlenir. Hiçbir risk taşımıyor ve klinik açıdan bir özellik arz etmiyorsa 64 yaşında her kadının kemik yoğunluğunu kontrol ettirmesi önerilir. Diğer taraftan olaya konumuz gereği menopoz açısından bakacak olursak, menopoz tek başına, kemik açısından bir risktir. Çünkü östrojenin azalması ile birlikte kemik kütle kaybı hızlanacaktır. Ancak hormon tedavisi uygula-

nıyor ise sadece menopoza bağlı risk göz ardı edilebilir. Yani kısacası, bir kadın kemik açısından risk taşıyorsa ya da menopozdan sonra belirli bir süre hormon tedavisi almamış ise yoğunluk ölçümü yapılır. Risk taşımıyorsa ya da menopozdan sonra hormon tedavisi almış ise o taktirde kemik mineral yoğunluk ölçümü 64 yaşında yapılır. Bunların dışındaki kararlar kişinin doktoru tarafından verilir.

● *Biliyoruz ki doktora bile gitmeden kemik ölçüm merkezinde ölçüm yaptıranlar var. Anlattıklarınıza göre bu bir hata, öyle mi?*

— Önceden de bahsettiğim gibi bazen hasta ilk defa bize menopoz için kontrole geldiğinde, kemik yoğunluğu ölçümü yaptırmış olduğunu görüyorsunuz. Bu yanlış bir davranıştır ve bizler her zaman tetkiklerin doktor tarafından istendiğinde yapılması gerektiğini söyleriz. Bazı tetkiklerin mutlaka belirli aralıklarla yapılması gereklidir (örneğin smear test, mamografi gibi). Bu tartışılmaz. Ancak kontrol zamanlarında önce doktor muayenesi ve ardından tetkiklerin yapılması en doğru davranıştır. Bu sadece kemik yoğunluğu için değil, bütün tetkikler için geçerlidir. Olaya bir diğer açıdan bakacak olursak şu anki kemik yoğunluğu ölçümlerinde büyük oranda *DEXA* yöntemi kullanılır ve tüm dünyanın ve dünya osteoporoz derneklerinin altın standart olarak kabul ettikleri bir yöntemdir. Ancak yine de yaklaşık yüzde 2 oranında hata payı vardır. Peki menopoza geçiş periyodunda bir kadının, yıllık kaybettiği oran nedir, yani kütle kaybı oranı nedir? Bu da yaklaşık yüzde 2'den 8'e kadar varan oranlarda olabilir. Yani siz her yıl kemik yoğunluğunu ölçerseniz yanılabilirsiniz. Çünkü mevcut kayıp ya da fazlalık, acaba ölçüm yönteminin hatası içine mi girdi?.. Ayırt

edemezsiniz. Bu nedenle genel olarak ölçüm aralıklarının en az 2 yıl olması önerilir. 2 yıldan daha az aralıklar ile ölçüm yapmak yanıltıcı olabilir. Sadece gerekli görülen özel durumlar varsa doktor tarafından çekim aralıkları sıklaştırılabilir.

● *Aletin hatası mı, yoksa gerçek kayıp mı olduğu nasıl anlaşılır?*

— Anlayamazsınız. Bu nedenle aralıkların gereğinden daha sık olmaması gerekir.

● *Kemik yoğunluğu ölçümlerinde başka yanıltıcı sonuçlar çıkabilir mi?*

— Evet mesela kemik yoğunluğu ölçümlerinde aşırı deformasyon gösteren osteoporozlu kemiklerde yoğunluk gereğinden fazla çıkabilir ve doktor olmayan bir kişi sonucu çok iyiymiş gibi algılayabilir. Aslında dejenerasyon gelişmiş bir kemik yapısıdır ve hatta kırık vardır ama tetkik sonucuna göre kemik çok iyidir. İşte bu nedenlerle tetkik sonuçları mutlaka doktor tarafından değerlendirilmelidir.

● *Neden kemik ölçümü konusunda kadınlar daha meraklı sizce?*

— Kemik kaybı, insanları daha çok, postür bozulması ve kırıklar açısından korkutuyor. Bir de klinik bulgu olarak o dönemlerde *fibromiyalji* adını verdiğimiz ağrılar çoğalınca kadın, "Kemiğim zayıflıyor ve buna bağlı ağrılarım oluyor" diye korkmaya başlıyor. Hatta çoğu kez bu ağrıları doğrudan "kemik ağrısı" diye tanımlıyor. Oysa gerçek kemik ağrısının ancak kırılma sonrası ortaya çıktığından daha önce bahsetmiştik.

● *Yan etkisi var mıdır bu çekimlerin?*

— Sağlıkla ilgili yan etkisi yoktur. Ancak yapılan tüm gereksiz tetkikler ülke ekonomisine büyük yükler getirir. Çünkü bu amaçla kullanılan aletler ve malzemelerin önemli bir bölümü ülkemize yurtdışından ithal edilmektedir. O nedenle sadece kemik yoğunluğu değil en basit tetkikler bile ancak gerektiği zaman yapılmalıdır. Ekonomileri güçlü olan gelişmiş ülkeler bile bunun için azami dikkati göstermektedirler.

● *Her kadın bu kırıkları yaşamıyor. Bu farklılık neye göre değişiyor?*
— Her şeyden evvel genetik yapı çok önemlidir. Bunun yanı sıra kemik açısından kişinin taşımakta olduğu riskler, yaşam ve beslenme şekilleri de kırığı belirleyen önemli faktörlerdir. Diğer taraftan yaşamın her döneminde yapılan, yaşa uygun egzersizler, uygun beslenme ve güneş ışığından faydalanma, kemiğin güçlü olmasını sağlayan özelliklerdir. Siz bunları ne kadar yetersiz bir şekilde uyguluyor iseniz, kemik açısından kendinizi o kadar riske sokuyorsunuzdur.

● *Ülkelere göre kadınların kemik farklılığı var mıdır?*
— Tabii ki, mesela Türk kadınındaki kemik yapısı ile kuzey ülkelerindeki kadının kemik yapısı çok farklıdır. Mesela kuzeyde osteoporoz çok sıktır. Çünkü güneşi az görürler. Uzun boyludurlar ve genetik yapıları farklıdır. Türk kadınları ise kuzeye göre daha kısa ve kemik yapıları daha kalındır, bunlar da kemiğin sağlamlığını gösterir. Türkiye'de kırsal kesim kadını tarlada sürekli çalıştığı için kemiği daha kuvvetlidir. Tüm bu nedenlerle kuzey ülkelerinde, osteoporoz çok önemli bir konudur. Ama ne kadar güneye, Akdeniz'e inerseniz, osteoporozun daha az olduğunu görürsünüz. Buna bağlı olarak bir diğer faktör ise güneş-

ten faydalanmayı önleyecek ölçüde kapalı yerlerde yaşamak ve aşırı kapalı giyimdir. Güneşi görmeyen kadın için kemik açısından risk artar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Boş Yuva Sendromu

● *Genellikle kadınlar menopoza girince kadın olarak eksildiklerini söylerler, moral olarak çökerler. Menopoz kadın için çöküş müdür?*

— Bir kadın düşünün, buraya kadar anlattığımız yaşam kalitesine ait bozulmaları ve sistem değişimlerini yaşıyor. Aynı zamanda eğer psikolojik yapısı ve sosyal konumu da müsait ise yaşlanma psikolojisine girmeye başlıyor. Artık doğurganlığını kalıcı olarak yitirdiğini, hele sosyal konumu açısından doğurganlık o kadın için çok önemli ise elindeki en önemli kozunu kaybettiğini ve yaşlandığını düşünüyor. İşte tüm bu düşünceler ve yaşadığı geçiş dönemine ait şikayetler, kadını kısır bir döngü içerisine sokuyor.

Tabii, biz bu dönemin bir yaşlanma ve bir çöküş olduğunu kesinlikle kabul etmiyoruz. Kaldı ki günümüzde kadın ömrünü yaklaşık 80 yaş olarak kabul edecek olursak, kadın, yaşamının ortasındadır. Yani daha, yaşlanma diye bir şey söz konusu değildir. Ama psikolojik olarak kadın bunları yaşıyor. "O zamana kadar her şey gayet güzeldi. Çocuk doğurdu, âdet görüyordu, gençti; ama âdetten kesildi, eyvah menopoz da geldi! Ne olacak şimdi!" Bu gibi

şeyleri düşünüyor kadın. Menopoz belirtileri bu psikolojinin üzerine gelince iyice rahatsız oluyor. Hele genç doğum yapmışsa ve çocukları evlilik çağına gelmiş ve onları evlendirmişse bir bakıyor daha önce gayet neşeli, şen olan yuva yavaş yavaş sayı olarak azalmaya başlıyor. Kadın yalnızlaşmaya başlıyor. Biz buna, "boş yuva sendromu" adını veriyoruz. Tüm bunların yanı sıra östrojenin santral sinir sitemindeki olumlu etkileri de azalmaya başladığı için *mood* değişimleri, yani duygu durumu bozuklukları görülüyor. "Menopozal sendrom" olarak da adlandırılabilen bu tabloda kişi, depresyon ya da zemini uygunsa daha da ağır psikiyatrik sorunlar yaşayabiliyor.

● *Bir de halk arasında kötü bir tabir vardır: Kadın bir şeye sinirlenmişse, "Menopoza mı girdi" derler. Yani, kadın bunların yanında böyle şeyleri de yaşıyor...*

— Evet. Tabii burada birçok faktör devrede. Sadece östrojen azalması değil bunları yapan. Psikolojik zemin ve çevresel faktörler de var. Bunlar hep birbirlerinin içinde olan zincirleme olaylar, yani kısırdöngü. Tedavilerde biz bu kısırdöngüyü kırıyoruz. Amacımız bu. Bir de depresyon, biliyorsunuz, günümüzün hastalığı. Maskeli ya da aşikar depresyon şeklinde görülebiliyor. Eğer zeminde depresyon varsa, bu daha da ağırlaşıyor menopozda. O zaman devreye psikiyatri uzmanı arkadaşlar giriyor.

● *Önemli bir noktaya geldik. Kadın doğum uzmanları dışında hangi uzmanlık dalları ilgilenir menopozla?*

— Menopoz, multidisipliner yani birçok tıp branşını ilgilendiren bir olaydır. Ancak kişi ile ilk karşılaşan ve tedaviyi idare eden kadın doğum branşıdır. Çünkü fizyolojik olarak menopoz, jinekolojiye ait bir değişimdir. Ama östrojen hormonu her sistemde etkili bir hormon olduğu için

azalması durumunda tüm sistemler etkilenir. Kadın doğum tarafından kontrol edilen hasta, tespit edilen değişimler doğrultusunda diğer ilgili branş hekimleri tarafından konsültasyona tabi tutulur. Psikiyatri, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, meme cerrahisi, iç hastalıkları, kardiyoloji ve endokrinoloji, menopoz ile ilgili olarak en fazla danışılan branşlardır.

● *Menopoz üniteleri nasıl çalışır?*
— Menopoz ünitelerinde kadın doğum uzmanı tarafından ilk kontrol ve muayene yapılır. Elde edilen bilgiler doğrultusunda ilgili branşlardan konsültasyon istenir. Bu nedenle menopoz ünitesi ya da merkezi diyebilmemiz için bu branşların mutlaka bulunması ya da konsültasyon imkanının olması gerekir. Ayrıca radyoloji ve laboratuvar imkanları uygun olmalıdır. Bunların dışında kadınlara gerekli ön sorgulamaları yapabilecek ve yaşam kalitesi ile ilgili soruları sorarak derecelendirme yapacak eğitimli yardımcı sağlık personeli de, kadının doktora anlatamadığı birçok şikayetinin belirlenmesinde önemli rol oynar. Ülkemizde bu şekilde çalışan birçok ünite bulunmaktadır. Üniversite, devlet ve özel hastanelerin büyük bir bölümünde ayrı poliklinik ya da merkezler halinde çalışan bu ünitelerde kadınlar kontrol ve tedavi edilmektedir.

● *Bu dönemde kadının cinsel yaşamı nasıl etkileniyor?*
— Cinsel yaşantının iki bölümü var:

1. Organik yani anatomik yapı,
2. Fonksiyonel yani hormonal ve psikolojik yapı.

Temel olarak sağlıklı bir cinsel fonksiyon, sağlam bir anatomi ve psikolojik yapıyı gerektirir. Eğer bunlarda bir

sorun olursa cinsel yaşamda problemler ortaya çıkar. Anatomi ve psikolojik yapı çok çeşitli nedenlere bağlı olarak etkilenebilir. İşte menopoz, kadın cinselliğinin bozulması açısından bu nedenlerin en önemlilerinden birisidir. Yapılan poliklinik çalışmalarına göre 50 yaş ve üzeri kadınlardaki seksüel yakınmaların, daha genç yaş gruplarına göre anlamlı şekilde fazla olduğu bilinmektedir. Diğer taraftan 50 yaş ve üzeri kadınlarda haftalık cinsel birliktelik sıklığının 35 yaş ve altındaki kadınlara göre yaklaşık yarı yarıya azaldığını görmekteyiz. Bunun da menopoz yaşı ile uyumlu olduğu bir gerçektir. Östrojen, libidoyu dolaylı yoldan etkiler. Kadın vücuduna ait seks karakterlerini iyileştirir ve kadınlık kimliğini kazandırır. Oysa erkeklik hormonu olan ve kadınlarda belirli düzeylerde bulunan androjenler libidoyu doğrudan etkilerler. Özellikle karşı cinse karşı ilgiyi ve seksüel motivasyonu artırırlar. Androjen düzeylerindeki azalmanın, libido ve seksüel fonksiyonların kaybına, dolayısıyla da seksüel fantezilerin sayısında azalmaya yol açtığı bilinmektedir. Östrojen ve androjen azalmasına bağlı olarak biyolojik güçlükler yaşanabildiği gibi, bu tablonun daha ağır olanı, depresyon, *anksiyete*, kronik stres ve uykusuzluk şeklinde ilerler. Erotik rüyaların, fantezilerin, duygusal düşüncelerin sayısında ve dokunma duyusu ile gelişen seksüel uyarılarda azalma ortaya çıkar. Östrojen azalmasına bağlı vajinal kuruluk ve kayganlık kaybı, menopoz sonrası kadınların yaklaşık yarısında yakınma sebebidir. Östrojen, vajinal kayganlığı artırdığı gibi aynı zamanda cinsel birliktelik sıklığının da dolaylı yoldan artmasını sağlar. Tüm bu olayların birikmesi sonucunda son nokta orgazma yansır.

Menopozdan sonra bir diğer özellik de seks sonrası hayal kırıklığı yaşama oranının artışıdır. Yani seks öncesi ile sonrası arasındaki duyu ve beklenti farklılıkları ortaya çı-

kar. Östrojenin azalması deride yağ ve ter bezlerinin fonksiyon kaybına ve dolayısıyla "kadın kokusu" adı verilen duyunun azalmasına neden olur. Bu özellik, gençlik çağında erotik özelliklerin başında gelir ve bu nedenle östrojen azalması, doğrudan değil de dolaylı yoldan partnerin libidosunu da etkilemiş olur. Kadınlık sadece vücudun yapısı ile karakterize değildir. Aynı zamanda hatıralar, nostalji, rüyalar, aşk, fanteziler gibi duygusal olaylar cinsel duygu durum yapısının karakteristiğini belirlerler. İşte östrojen bu yapının kadınlık yönünde gelişimini sağlar. Menopoz sonrası östrojen azalması bu etkilerin de kaybına ve azalmasına neden olmaktadır.

Menopozdan sonra östrojenin azalması, aynı zamanda psikolojik yapıyı etkileyen fiziksel değişimlere de sebep olur. Bunların başında deri, adale ve vücut özellikleri gelmektedir. Kadın vücuduna ait seks karakterlerindeki kayıplar, östrojenin azalmasının sorumlu olduğu değişimler arasındadır. Bu değişimler, kadınlık kimliğinde kayıplara neden olur ve dolaylı olarak seksüel davranışı etkiler. Aynı zamanda menopoza bağlı psikolojik yakınmalar ve uyku düzensizlikleri gibi belirtiler de östrojen azalmasına bağlı olup seksüel yaşamı dolaylı yoldan etkileyen nedenler arasındadır.

Tabii burada erkeğe ait problemleri de göz ardı edemeyiz. Erkeklerde yaşa bağlı ortaya çıkabilecek genel sağlık ve seksüel problemler ve partnerini arzulamama gibi özellikler kadının cinsel yaşamını etkileyen faktörler arasındadır. Bu nedenle menopoz sonrası cinsel fonksiyon bozukluklarında mutlaka eşleri birlikte değerlendirmek gerekir.

● *Tüm bu değişimlerde psikolojik etkiler rol oynuyor mu?*

— Tabii... Menopoz, psikolojik açıdan genelde kadını

olumsuz yönde etkileyen bir olaydır. Bunu hepimiz biliyoruz. Burada östrojen azalmasının neden olduğu santral etkilerin yanı sıra kadının menopoza bakışı da önemli rol oynuyor. Yaşlanma psikolojisi ve menopozu bir yaşlanma, bir çöküş gibi kabul etmek, kadını cinsellik açısından da etkiliyor. Cinselliğin, cazibenin ve çekiciliğin gençliğe özgü olduğu önyargısına sahip kişiler bunu daha belirgin olarak yaşıyorlar. Psikolojik olarak cinsellikteki değişimler iki uçta olabiliyor. Çoğunlukla cinsellikten uzaklaşma ile karşılaşmamıza karşın nadiren de olsa bazen bu istekte aşırı artışlar görebiliyoruz. Bu belki de kadının kendini cinsel açıdan kanıtlamaya çalışması ya da yaşlanma psikolojisine karşı direnmesi şeklinde yorumlanabilir.

● *Peki, burada eşlerin desteği ne derecede önemli?*

— Anlayacağınız üzere tüm bu değişimlerin sonrasında kadının seksüel kimliği, kadınlık özellikleri, kendi öz bakımı menopoza bağlı olarak büyük oranda bozuluyor. Bu da kişinin psikolojik yapısını dolaylı olarak etkiliyor ve etkilenen psikolojik yapı ise olayı iyice körüklüyor. Yani kadın bir kısırdöngü içine giriyor. Bu durum kadının aile hayatına dahi yansımaya başlıyor. İşte bu aşamada kadınların eşlerine çok önemli görevlerin düştüğünü unutmamak lazım. Kadının yaşamakta olduğu tüm bu olumsuzluklar sırasında eşinden göreceği destek çok önemli. Bunu ısrarla vurgulamak istiyorum.

● *Kadındaki erkeklik hormonundan bahsediyorsunuz. Bu hormonun kadındaki etkisi ve menopozdaki durumu nedir?*

— Erkeklik hormonları anlamına gelen androjen, kadınlarda da belli oranlarda bulunmaktadır. Bu hormonun kadındaki başlıca kaynağı, yumurtalıklar, böbreküstü bezleri

ve yağ dokusudur. Özellikle yağ dokusu, bir kadındaki erkeklik hormonu miktarının yaklaşık yarısını üretir. Bu nedenledir ki şişman kadınlarda yağlanma, kıllanma ve âdet düzensizlikleri sık görülür ve kadın zayıfladığı zaman bu şikayetleri geriler. Bu hormonların kadınlardaki normal etkilerinden birisi, cinsel fonksiyonları ve libidoyu düzenlemek, karşı cinse olan ilgiyi sağlamaktır. Menopozdan sonra androjen seviyeleri, östrojenler kadar olmasa da kısmen azalma gösterir. Hele kadının yumurtalıkları çıkarılırsa bu azalma daha da belirginleşir. Çünkü menopozdan sonra yumurtalıklar çalışmalarını büyük oranda durdurmuş olmalarına rağmen erkeklik hormonu salgılamaya devam ederler.

● *Erkeklik hormonu azaldığı için kadın cinsellikten uzaklaşıyor yani...*

— Birebir bağlı olmasa da kısmen öyle... Menopoz sonrası cinsel fonksiyon kayıplarının tek nedeni olmasa bile bu hormonlardaki azalmanın cinsel fonksiyonları bozduğunu biliyoruz. Bununla birlikte cerrahi olarak yumurtalıkları çıkartıldıktan sonra menopoza giren kadınlarda, androjen azalmasının daha belirgin olduğunu ve bu kişilerde cinsel yakınmaların daha fazla olabileceğini biliyoruz.

● *Sadece rahim alınırsa bunun yumurtalıklara olumsuz etkisi olur mu? Genelde karıştırılan bir şeydir bu ikisi...*

— Hayır. Rahim ile yumurtalık farklı organlardır. Rahim alınıp, yumurtalık yerinde bırakılabilir. Ama rahim alındığı zaman kadında âdet kanaması olmaz. Bazı kişiler bunu menopoz gibi algılarlar. Oysa menopozdaki âdet kanamasının kesilmesinin nedeni, yumurtalıkların çalışmalarını durdurmasıdır. Yani esas olay yumurtalıklardadır. Bu nedenle siz sadece rahmi alıp yumurtalıkları bırakırsanız, bu

organlar kadın normalde ne zaman menopoza girecek ise o zamana kadar çalışmalarını devam ettirir. Böylece kadında sadece âdet kanaması kesilir. Menopoza bağlı yakınmalar ve sistemlerdeki gerilemeler olmaz. İşte tüm bu nedenlerle genç yaşta ya da âdet görmeye devam eden kadınlarda yaptığımız ameliyatlarda yumurtalıkları mümkün olduğu kadar koruruz. Hatta menopozdan sonra yapılan rahim ameliyatlarında bile yumurtalıkların korunması gerektiği, kabul edilen görüşler arasındadır. Çünkü biliyoruz ki bu organlar menopozdan sonra da hormon üretimlerini belli oranda devam ettirmektedirler.

● *Çocuk sayısı ile menopoz arasında bir ilişki var mıdır?*
— Hayır. Menopoza girme yaşının bütün dünya genelinde 51 olduğu ve bunu etkileyebilecek çevresel faktörlerin fazla olmadığı biliniyor. Daha önce de bahsettiğimiz gibi menopoz yaşını etkileyen özelliklerin başında genetik zemin gelmekte. İnsanların menopoz yaşı ailesi ile doğru orantılı olabilir. Ancak bu durum şart değildir. Bir kişinin annesi 50 yaşında menopoza girmişse kendisi de mutlaka o yaşlarda girecek demek değildir. Ama ailesinde özellikle erken yaşta menopoz var ise o kişinin erken menopoza girme olasılığı diğer insanlara göre daha fazladır. Bunun haricinde bilinen en önemli neden sigara alışkanlığı ve yaşanan yerin rakımı, yani yüksekliğidir. Yüksek rakımlarda yaşayan kadınlarda menopoz yaşınını daha erken olduğu ileri sürülmektedir. Sigara ise yumurtalık fonksiyonlarını olumsuz yönde değiştirir ve kadınlık hormonunun etkisini zayıflatır.

● *Kadın eğer doğum kontrol hapı kullanıyorsa, menopoza girdiğini anlamayabilir mi?*
— Tabii. Doğum kontrol hapı ile kadına belirli bir düzey-

de sürekli hormon veriyorsunuz. Bu nedenle kullanım sırasında yumurtalık faaliyetleri kesilse bile sizin dışarıdan verdiğiniz hormon nedeniyle eksiklik belirtisi yaşanmıyor ve menopoza girip girmediğini anlamıyorsunuz. Bunu anlayabilmeniz için ilaca belirli bir süre ara verip kontrol etmeniz ve hormon tetkiki yapmanız gerekebilir. Bu yaş gruplarında, yani menopoza geçiş yaş gruplarında doğum kontrol hapını zaten sınırlı olarak kullanıyoruz. Bu hem o dönemdeki korumayı sağlıyor, hem de hormon tedavisi yerine geçiyor.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Düzenli Kontrol Şart

● *Bir kadın size ilk geldiğinde menopoz belirtilerini nasıl anlatır?*

— Bize gelen kadınların yüzde 70'den fazlası ateş basması, sıkıntı, terleme gibi klasik menopoz yakınmaları ile müracaat eder. Bir kısmı, kemik kaybından korktuğu için gelir. Bir kısmı, vajinal yakınmalar ve cinsel fonksiyon bozukluklarından yakınarak başvurur. Bir bölümü de hiçbir şikayeti olmaksızın kontrol amacı ile gelir. Doktor olarak bizim istediğimiz, hiçbir şikayeti olmasa da kadınların düzenli aralıklarla sağlık kontrollerini yaptırmalarıdır.

● *Bu konuda belirli yaş var mıdır?*

— Normalde cinsel yaşantısı başladıktan sonra bir kadının düzenli aralıklarla jinekolojik muayenelerinin ve bu sırada tarama testlerinin yapılması gerekir. Özellikle ailesel ya da kişisel hastalık riski taşıyanlar bu konuda çok daha titiz davranmalıdırlar. Bu kontrollere gençlik dönemlerinde tam olarak uyulmadığını gözlesek de, 30 yaşından sonra her kadının mutlaka yılda bir kez jinekolojik muayeneden geçmesi gerektiği tartışmasız bir kuraldır. Çünkü bu

kontroller sırasında kadının farkında olmadığı birçok risk belirlenir. Tarama tetkikleri yapılır ve ileride kansere dönebilecek değişimlerin yakalanması mümkün olur. Kanser dışında birçok metabolik hastalıklar da bu taramalarda yakalanabilir. Örneğin gizli diyabet ya da ilerleyen yaş ile birlikte artan tiroid bezine ait bozukluklar, bunların önemli örneklerini oluştururlar. Yani kontrol sadece jinekolojik olarak düşünmemelidir. Kadın doğum uzmanlarına kontrol için müracaat eden kadınlarda önemli sistemleri ilgilendirecek tarama tetkikleri yapılmaktadır. Eğer jinekoloji dışı bir pataloji yakalanırsa, hasta, ilgili branş hekimlerine yönlendirilir. Diğer taraftan düzenli kontrole gitme alışkanlığı olan bir kadında meydana gelen değişimlerin erken dönemde yakalanma olasılığı çok daha fazladır. Aynı zamanda menopoza geçiş döneminde düzenli kontrollerine giden kadın, doktoru ile birebir görüşmeler yaptığı için bu dönemi en az risk ve en rahat şekilde atlatabilir. Çünkü doktoru baştan beri şikayetleri izliyordur. Daha önceleri insanlar doktora ancak bir şikayeti olduğu zaman gidiyordu. Günümüzde de yine büyük oranda bu şekilde müracaat etmelerine rağmen, kontrol bilinci giderek hızla artmakta, özellikle menopoza geçiş sürecinde olan kadınlar şikayetsiz olarak sadece kontrol amacı ile bizlere gelmektedir. Sağlık konusundaki bu bilinçlenme gerçekten sevindirici.

● *Bu şikayetlerle gelen kadın için nasıl bir inceleme yapıyorsunuz?*

— Öncelikle *anamnez* dediğimiz sorgulamayı yaparız. *Anamnez*'de kişinin şikayetleri ve bu şikayetlerin özellikleri tespit edilir. Bunların yanı sıra kadının fark etmediği ya da sorun olarak kabul etmediği şikayetler de yine bu sorgulama sırasında ortaya çıkartılır. Bunlar belirlendikten

sonra kadının özgeçmişi, yani daha önceden yaşadığı sağlık sorunları varsa belirlenir, soy geçmişi araştırılır. Aileden gelen riskler açığa çıkartılır. Ailesel geçişi olabilen kanserler, örneğin meme kanseri, yumurtalık kanseri, rahim kanseri, mide ve bağırsak kanserleri var mı? Ailesel geçiş yapabilen kanserler arasında en başta meme kanseri gelir. Akrabalarında meme kanseri bulunan bir kadın, akrabalık derecesi ne kadar yakın, kanser tespit edilen birey sayısı ne kadar fazla ve kanser görülme yaşı ne kadar genç ise o kadar risk altında demektir. Keza yumurtalık, rahim iç zarı (endometriyum) kalınbağırsak ve mide kanserleri için de aynı durum söz konusudur. Hatta bu kanserlerden herhangi biri için risk varsa, diğer kanserler açısından da risk yükselmiştir. Yani ailede örneğin, meme kanseri olan bir kadında, memenin yanı sıra yumurtalık, mide-bağırsak ve rahim iç zarına ait kanser riski de artmış demektir. Tabii aileden geçen riskleri sadece kanser olarak düşünmemek gerekir. Birçok metabolik hastalık (örneğin diyabet), kalp-damar hastalıkları (örneğin hipertansiyon, kalp krizi, inme, lipid yükseklikleri) ve sinir sistemine ait olan hastalıklar (örneğin Alzheimer) da ailesel geçişi olan hastalıklardır. Keza ailede kemik durumu nasıl, osteoporoz ve buna bağlı kırıklar yaygın mı? Ailede bu yönde problem varsa, o kişi kemik kaybı ve kırıkları açısından riskte demektir. Ardından kadının alışkanlıklarını soruştururuz. Yani sağlık açısından kötü alışkanlıkları var mı, mesela hareketsiz bir yaşam mı sürüyor, beslenmesi nasıl, sigara içiyor mu, başka kötü alışkanlıkları var mı? Bunlar tek tek sorgulanır ve sorgu bittikten sonra kabaca bir risk profili çıkarılır. Ardından muayeneye geçilir. Genel jinekolojik muayenesi, şikayetlerinin durumuna göre sistemik muayenesi ve meme muayenesi yapılır.

● *Sistemik muayene ne anlama gelir?*

— Sistemik muayeneden kastım, organ muayeneleridir. Tabii bunların hepsini kadın doğum uzmanı belki tam anlamıyla tek başına yapamaz ama ilgili branşlara yönlendirebilir. Kadın doğum uzmanının yaptığı temel kontrol jinekolojik muayene ve meme muayenesidir. Bu muayenelerin yanı sıra hastanın yakınmalarına göre diğer sistemik muayenelerini de yapar. Gerektiği yerde de hastanın şikayetleri ya da kendi bulguları doğrultusunda ilgili branştaki hekim arkadaşa gönderir. Kadın doğum uzmanı aynı zamanda, jinekolojik ultrasonografi yapar ve böylelikle genital organların görüntülemelerini de değerlendirmiş olur.

● *Hocam, ultrasonografi cihazının kadına bir yan etkisi var mıdır?*

— Bugüne kadar tespit edilmiş bir yan etkisi yoktur. Hatta gebelik takiplerinde bile emniyetle kullanılmakta ve birçok anormalliğin tespitinde bize yardımcı olmaktadır. Ultrasonografi ses dalgası ile çalışan alettir. Herhangi bir radyasyon içermez. Kadın doğum uzmanları tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. Ultrasonografik inceleme, kişi bakire ise karından, bakire değilse vajinal yoldan gerçekleştirilir. Bu incelemede yumurtalıklar, rahim ve *endometriyum* adını verdiğimiz rahim iç zarının görüntüleri değerlendirilir.

● *"Smear test" nedir? Bu test kadın sağlığı için oldukça önem taşıyor, değil mi?*

— Evet, "smear test," çok önemli bir kanser tarama testidir. Özellikle rahim ağzı kanserleri (serviks kanseri) hakkında bize bilgi verir. Jinekolojik muayene sırasında, rahim ağzı ve vajina duvarından özel bir fırça yardımı ile sürüntü alınır ve mikroskop inceleme camı olan lam üzerine bu sü-

rüntü materyali yayılarak tespit edilir. Bu cam daha sonra patolojik incelemeye gönderilir. Orada patologlar tarafından boyanarak incelenir. Rahim ağzı ve vajinaya ait dökülen hücreler kontrol edilir. Böylece kanser ya da ileride kansere dönme olasılığı bulunan değişimler saptanır. Önemli olan, bir farklılaşma varsa, bunu kansere dönüşmeden yakalayabilmektir ve bu konuda "smear test" bize çok yardımcı olur. Test sonucu herhangi bir bulgu saptandığında, hastaya *kolposkopi* dediğimiz incelemeyi yaparız. Muayene şeklinde ve hastaya herhangi bir rahatsızlık vermeden, rahim ağzını özel bir büyüteç işlevi olan alet ile büyüterek gözleriz. Bu gözlemde şüpheli bir görüntü saptarsak o bölgeden biyopsi alırız. Böylece tanıyı kesinleştirir ve tedavisini düzenleriz.

"Smear test," çok yaygın olarak yapılır. Bu testin düzenli olarak uygulandığı ülkelerde rahim ağzı kanser oranlarında ciddi azalmalar kaydedilmektedir. Neden? Çünkü ileride kanser olabilecek değişimler erken yakalanmakta ve kanserleşmeden tedavi edilmektedir. Bu da kanser görülme sıklığını azaltmaktadır.

● *"Smear test"in hangi yaşta yapılması gerekir?*

— Cinsel fonksiyonların başladığı andan itibaren düzenli aralıklarla bu testin yapılması gerekir. Gelişmiş ve kişilerin sağlık kayıtlarının düzenli olarak tutulduğu ülkelerde bu test için kadın kendisi kontrole gitmezse, bağlı bulunduğu sağlık merkezi tarafından bizzat çağrılır. "Testinizin zamanı geldi, 'smear test' yaptırmaya gelmeniz gerekir" diye haber gönderilir. Yapılma sıklığına gelince, test sonucu normal geldiği sürece yılda bir kez tekrar edilir. Genç yaş grubunda, üç kez ardı ardına normal çıkarsa o zaman aralar açılabilir, ama belli bir yaş grubundan sonra, ki kanserin görülme sıklığının arttığı 35 yaşından sonra yılda bire

düşürülerek yine devam eder. Doktor gerek görürse test aralıklarını sıklaştırabilir ya da uzatabilir.

Tekrar altını çiziyorum; "smear test," bir kadının yaptırması gereken en önemli tarama testlerinden bir tanesidir ve mutlak cinsel yaşam başladıktan sonra belli periyotlarla yapılması gerekir. Bu çok önemli!

● *Rahim ağzı kanserini konuştuk, peki rahim iç zarı ve yumurtalık kanserlerine ait riskler için neler diyeceksiniz? Bu konuda nasıl bir takip gerekiyor?*

— Yeri gelmişken şunu hatırlatmak istiyorum. Rahim kanseri dediğimiz zaman, burada iki, ayrı kanser bölgesi söz konusudur: Rahim ağzı kanseri (serviks kanseri) ya da rahim iç zarına ait kanser (endometriyum kanseri). Kadınlar çoğu kez bu iki kanser şeklini karıştırır ve rahim kanserini tek bir tip olarak bilirler. Oysa bu iki kanser, tip ve bölge olarak birbirinden tamamen farklı kanserlerdir. "Smear test," sadece rahim ağzı yani "serviks kanseri"nin taramasında kullanılır. Rahim iç zarına ait bilgi vermez.

"Endometriyum kanseri," ilerleyen yaşla birlikte artış gösteren tehlikelerden birisidir. Şişmanlık, diyabet ve hipertansiyon bu konudaki en önemli riskler olarak kabul edilir ve bu özelliklere sahip olan bir kadın *endometriyum* açısından mutlaka yakın takipte tutulmalıdır. Bu kanserin önemli özelliklerinden birisi de genetik geçiş göstermesidir. Yani kişinin ailesinde *endometriyum* kanseri olan bir yakını varsa, kendisi de risk taşıyor demektir. Tıpkı meme, yumurtalık ve bağırsak kanserlerinde olduğu gibi.

Biz rahim iç zarını takibe aldığımız zaman, öncelikle kadının taşıdığı riskleri belirleriz. Şişman mı? Yüksek tansiyonu var mı? Diyabeti var mı? Ailesinde bu kansere yakalanmış bir yakını var mı? Daha sonra, bizi şüphelendirecek bir belirti ararız. En önemli belirti ise atipik vajinal kanamalar-

dır. Bundan kastım, eğer âdet görmekte olan bir kadın ise, tekrarlayıcı âdet dışı düzensiz kanamalar, herhangi bir zamanda rasgele ortaya çıkan damlama ya da lekelenme tarzı kanamalardır. Menopozdan sonra ise ne şekilde olursa olsun her tip kanama şüpheli olarak kabul görür ve mutlaka araştırmayı gerektirir. Kanamalar her zaman tipik kırmızı renkte olmayabilir. Bazen beklemiş kan şeklinde, yani koyu renkli ya da kahverengi akıntı tarzında da görülebilir. Kadında şüpheli kanama olsun ya da olmasın, muayene sırasında yaptığımız ultrasonografik inceleme sırasında rahim iç zarı mutlaka değerlendirilir. Bu esnada kalınlık ve sınırın düzgün olup olmaması gibi bulgulara dikkat ederiz. Mesela menopozdan sonra bir kadında *endometriyum* kalınlığının 5 milimetreden daha az olması gerekmektedir. Bazı durumlarda rahim içine sıvı vererek ultrason tetkiki yaparız ve böylece rahim içinin daha net görülmesini sağlarız. Eğer kalınlık olması gerekenden daha fazla ise ya da görünüm düzensiz ise patolojik tanıya gitmek gerekir. Ancak kişide şüpheli kanama varsa, ultrasonografi bulguları ne olursa olsun mutlaka biyopsi yapılmalıdır. Bu amaçla sıkça uyguladığımız işlem küretajdır. Çoğunlukla genel anestezi altında özel aletler yardımı ile rahim içinden kazıma şeklinde (küretaj) parça alınır. Bunun dışında gerekirse yine ameliyathane şartlarında "histeroskop" adını verdiğimiz optik aletler ile rahim içi gözlenerek tanıya gidilip, biyopsi alınır.

Yine bu dönemde kanser riski artan bir diğer organ yumurtalıklardır. Ama maalesef tanımlamakta en fazla güçlük çektiğimiz organlar arasındadır ve bu nedenle kanserleri tespit edildiği zaman genellikle ileri evrelere ulaşmıştır. Yumurtalık kanserleri açısından en önemli risk, ailede bulunmasıdır. Muayenede tanısal değerlendirmeyi ultrasonografi yardımı ile yaparız. Anormal kitlelerin görülmesi durumunda tümör belirleyicileri adını verdiğimiz kan test-

lerini kontrol ederiz. Şüpheli olarak tanımladığımız bir kitlenin varlığında yapılacak işlem cerrahidir. Hatta ameliyat sırasında patolojik tetkik (frozen) yapılarak şüpheli yapının kanser olup olmadığı hemen anlaşılır ve ameliyatın şekli ona göre belirlenir.

● *"Smear test" ve bahsetmiş olduğunuz rahim ve yumurtalık taramalarından sonra sıra hangi incelemeye geliyor?*

— Bundan sonra bizim muayene anlamında hasta ile işimiz bitiyor büyük oranda ve tetkik aşamasına giriyoruz. Bu yaş grubunda riskleri belirleyici yönde tetkikler yapıyoruz. Örneğin kadınların kolesterol düzeyleri, kan şekeri düzeyleri, böbrek fonksiyonlarının tespiti, kalp-damar sistemi, karaciğerin fonksiyonları, tiroid bezinin kontrolü, kan sayımı, dışkıda gizli kan aranması gibi rutin biyokimya dediğimiz çeşitli sistemlere yönelik biyokimyasal tetkikleri yaparız. Yine bu yaş grubunda artmaya başlayan diğer bir risk de tiroid hastalıkları, özellikle tiroid yetersizlikleridir. Tiroid bezinin yetersizliklerindeki bulgular da menopozu andırır yakınmalar şeklinde karşımıza çıkar. Mesela kilo almak, istediği halde kilo verememek, halsizlik, isteksizlik, uyku hali gibi şikayetlerin altında tiroid yetersizlikleri yatabilir. Tiroid gizli bir risktir. Bu nedenle tiroid bezine ait hormonların incelenmesi, bu yaş grubundaki kadınlarda istenen rutin testler arasındadır. Bir diğer rutin tetkik de, dışkıda gizli kan araştırılmasıdır. Çünkü yine bu yaş grubunda mide ve bağırsak sistemine ait kanser riski artmaya başlar. Çoğunlukla ilk belirti kanamadır. Ama bu kan her zaman gözle görülmeyebilir. Bu nedenle dışkıda gizli kan aranır, böylece küçük kanamaların yakalanması mümkün olur. Kanama olduğunu tespit ettiğimizde mide-bağırsak sistemini mercek altına alıp incelemeye başlarız. Rutin tahliller, yani muntazam yapılması gereken

biyokimyasal tetkikleri de istedikten sonra bu yaş grubunda çok önemli olan meme tarama prosedürüne geçilir.

● *Meme taraması nedir, nasıl yapılır?*
— Meme kanseri, kadın kanserleri arasında görülme sıklığı açısından birinci sıradadır. 40 yaşından sonra görülme sıklığı giderek artar yani genel olarak ileri yaş ka.ıserleri arasında kabul edilir. En hızlı artış gösterdiği dönem 45-65 yaş grubudur. Bu grubun meme açısından çok yakından izlenmesi gerekir. Meme kanserinin en büyük özelliklerinden birisi de ailesel olarak geçebilmesidir. Bu nedenle ailesel risk çok önemlidir. Artmaya başladığı yaş, menopoz sonrası dönem ile çakıştığı için, menopoz kontrolleri esnasında meme taraması mutlaka yapılması gereken bir işlemdir. Her şeyden evvel kişide meme açısından riskler belirlenir. Bir kadının meme açısından taşıyabileceği önemli riskleri ise şu şekilde özetleyebiliriz:

* Özellikle yakın akrabalarında meme kanserinin bulunması (akrabalık derecesi ne kadar yakın, vaka sayısı ne kadar fazla ve kanser görülme yaşı ne kadar genç ise risk o oranda artar)
* Erken âdet görmeye başlamak, geç menopoza girmek
* Hiç doğurmamış ya da ilk doğumunu 30 yaş ve üzerinde yapmış olmak
* Şişman olmak
* Aşırı alkol tüketimi
* Üniversite mezunu olmak

Meme takip protokollerinin ise 3 önemli unsuru vardır:

* Kişinin kendi kendine muayenesi
* Klinik muayene
* Radyolojik takipler (mamografi ve ultrasonografi)

● *Meme takip ve tarama protokollerini biraz açabilir miyiz?*

— Risk belirlemelerinin en başında genetik faktör yani ailesel durum geliyor. Ailede ne kadar erken yaş meme kanseri varsa, genetik potansiyel ihtimali o kadar artıyor. Özellikle 40 yaşın altında genç yaş kanserleri görülen bir ailede genetik geçiş ihtimali çok güçlüdür. Biz kişiyi sorgularken, ailesinde kanser varsa akrabalık derecesini saptıyoruz ve bu kişideki meme kanserinin görülme yaşını belirliyoruz. Riskler belirlendikten sonra meme muayenesi ve görüntüleme yöntemleri olan mamografi ve meme ultrasonografisi gelir. Meme muayenesi iki şekilde yapılır. Bir tanesi kadının kendi kendine yaptığı muayene, diğeri ise doktor muayenesi yani klinik muayene. Her kadının 18 yaşından itibaren ayda bir kez âdetten hemen sonra kendi kendine meme muayenesi yapmayı öğrenmesi gerekir. Bilinçli ve usulüne uygun yapılan bu muayeneler, yılda bir yapılan klinik muayenelere göre daha belirleyici olabilir. Çünkü memede meydana gelebilecek bir değişim, daha erken yakalanabilir. Diğer taraftan doktor muayene aralıkları başlangıçta 3 yıl olmasına rağmen 35 yaşından sonra bu sıklık bir yıla indirilir. Ancak gerek kendi kendine ve gerekse doktor tarafından yapılan muayenelerin belirleyicilikleri ve hassasiyetleri beklendiği kadar yüksek değildir. Çünkü tümör çapı 1 santimetre ve üzerine çıkmadan elle muayenede anlayabilmek zordur. Bu da kanserin geç tespitine neden olur. Oysa görüntüleme yöntemleri kullanıldığında tümörün ele gelmediği bir evrede yani erken dönemde yakalanma ihtimali yüksektir.

● *Bir kadın kendi kendine muayeneyi nasıl yapmalı?*

— Kadın her ay âdetten temizlendikten sonra banyodan çıkışta kendi memelerini muayene edebilir. Burada kadı-

nın bir şey teşhis etmesi şart değildir. Sadece farkı yakalaması önemlidir. Böylelikle çok sık olmamak kaydıyla ayda bir düzenli kontrolleri kendi kendine yapması öğretilirse, kadın, memesindeki değişikliği erkenden yakalayabilir. "Geçen muayenelerimde bu yoktu. Bunu yeni fark ediyorum" diyen bir kişide meme tekrar değerlendirmeye alınır. Kişinin kendi kendine meme muayenesi her ay âdet bitip temizlendikten sonra yapılır. Daha sık aralarla yapılması durumunda gelişmekte olan bir değişikliğin yakalanma olasılığı daha azdır. Bu nedenle ayda bir kez normal olarak kabul edilir. Kadın önce belden yukarısı çıplak olmak üzere bir ayna karşısına geçer. Kollarını iki yana sarkıtarak ve daha sonra açarak memenin simetrisini ve bir çekilme olup olmadığını kontrol eder. Takiben öne doğru eğilir ve memede çekilme varsa belirgin hale gelmesini sağlar. Çünkü dışarıdan baktığınızda memenin herhangi bir bölgesinde ve özellikle meme başında tespit edilen bir çekilme ya da meme derisinin portakal kabuğu görünümünü alması önemli bulgular arasındadır. Daha sonra ayakta ya da yatar pozisyonda meme dokusu elle kontrol edilir. Bunun için kontrol edilecek memenin olduğu taraftaki kol enseye kaldırılır ve memenin gerilmesi sağlanır. Diğer elin parmak uçları ile saat yönünde ve bir düzen dahilinde dairesel hareketleriyle memenin tüm kadranları hafifçe bastırılarak muayene edilir. Sonra meme başı hafifçe sıkılır ve herhangi bir akıntının, özellikle kanlı bir akıntının var olup olmadığı kontrol edilir. En son koltukaltları yine parmak uçları ile kontrol edilerek herhangi bir lenf bezi büyümesi var mı diye yoklanır. Tabiidir ki böyle bir muayenede kadın kendi kendine teşhis koyacak değildir. Önemli olan, kadın, kontroller arasında bir fark olup olmadığını anlasın yeter. Böyle bir farkı gözlemlediğinde doktora müracaat edecek ve gerçek tanı o

zaman konacaktır. Ancak kadınların büyük çoğunluğu, memede ellerine gelen küçük kistik yapıların ya da normal meme dokusunda bulunan nodüler yapıların varlığından dolayı böyle bir kontrolü yapmaktan korkmaktadırlar. Bir diğer grup ise, "Ya bir şey fark edersem" endişesi taşımaktadır. Burada şunu tekrar tekrar belirtmek istiyorum. İnsanlar kendi vücutlarından çekinmesinler ve bedenlerini kontrol etmeyi öğrensinler. Hastalık bulunacak korkusu ile kontrollerine bile gelmeyen kişiler var. Bu tamamen yanlış ve tehlikeli bir davranıştır.

● *Hassas olan tarama tetkiki hangisidir?*

— Görüntüleme yöntemleridir. Tarama amaçlı kullanılan görüntüleme ise mamografidir. Tarama mamografisinde her iki memeye iki pozisyonda çekim yapılır. Şüphelenilen bir görüntü varsa ilave çekimler yapılır ki bu durumda tanısal mamografiden bahsedilir. Bunun yanı sıra MR gibi diğer ileri düzey görüntüleme yöntemleri ancak gerek görülürse tanısal amaçlı olarak müracaat edilen yöntemlerdir. Genel taramada kullanılmazlar. Diğer bir görüntüleme yöntemi de ultrasonografidir. Fakat bu yöntem, mamografiye yardımcıdır ve tek başına tarama yöntemi ya da meme değerlendirme yöntemi olarak kullanılmaz. Yani kısacası meme tarama ve takip protokolünde en önemli nokta mamografidir.

● *Memede düzenli mamografik takibin aralıkları nasıl olmalıdır?*

— Değişik ülkelerde farklı yaklaşımlar var. Örneğin Amerika'da birçok eyalette yıllık takip yapılır. Ama İngiltere'de takip aralıkları üç yıldır. Bunların klinik avantaj ve dezavantajlarını bilimsel açıdan sürekli tartışıyoruz. Ülkemizde ise kabul edilen ve uygulanan protokol, 40 yaşında çekim-

lere başlanması ve daha sonra düzenli olarak yılda bir kere çekimlere devam edilmesi şeklindedir. Tabii birçok şeyde olduğu gibi doktor, gerekli gördüğü taktirde başlama yaşını öne alabilir ya da çekim aralıklarını sıklaştırabilir. Daha çok ailesel riskler taşıyan kadınlarda 40 yaşını beklemeden de, 35-40 yaş arasında ilk çekim yapılabilir. Çekimlere 70 yaşına kadar devam edilir. Bu yaştan sonra devam edip etmeme konusunda da değişik görüşler bulunmaktadır.

● *Kadınlarda "mamografide ışın alıyorum" diye de bir korku var...*

— Evet, kadınlardan mamografi isteğinde bulunduğumuz an çoğu kez bu korkuyu yansıtıyorlar. Örnek vermek gerekirse, 7 kez çekilmiş olan tarama mamografisinin toplam vermiş olduğu ışın dozu, yaklaşık bir akciğer grafisine eşdeğerdir. Yani çok yüksek bir radyasyonu yoktur. Bu nedenle mamografiden çekinmemek lazım. Benzer radyasyona zaten günlük yaşantımızda da başka şekillerde maruz kalmaktayız.

● *Bir de mamografide kadın o basınçtan rahatsız oluyor. O konuda teknoloji kadınlara yeni bir rahatlık sunuyor mu?*

— Eski aletler tamam da, yeni teknolojik aletler bu konuda çok daha rahat. Yeni sistemler, hem radyasyon açısından, hem görüntü kalitesi açısından, hem de hasta rahatı açısından çok teknik aletler. Bu nedenle kadınların klasik olarak yakındıkları çekim sırasındaki meme ağrısı gibi şikayetler bunlarda pek görülmüyor. Aynı zamanda günümüzde, mamografilerde artık dijital teknoloji de uygulanmakta ve bu da görüntü kalitesinin artmasını, elektronik ortamda bilgi depolanmasını ve konsültasyon ola-

naklarını güçlendirip hızlandırmaktadır. Mamografi, menopoza girmemiş âdet gören bir kadında âdet kanamasının başlamasından 7-8 gün sonra, menopozdan sonra ise herhangi bir zamanda çekilebilir. Âdetten önce mamografi çekilmez.

● *Mamografi kesin sonuç veren bir tetkik midir?*

— Mamografinin duyarlılığı yüksektir. Tümörü henüz daha klinik aşamaya gelmeden yakalayabilir. Yarım santimden, ki çok hassas çekilirse 3 milimetreden sonra dahi yakalama olasılığı var. Genelde şöyle kabaca bir rakam vermek gerekirse, mamografinin tek bir seferde kanseri yakalama olasılığı yaklaşık yüzde 85 olarak kabul edilmektedir. Yani diğer bir deyişle yüz tane kanserin 85'ini yakalar. Geri kalan bölümünü ise kanser olmasına rağmen yakalayamayabilir. Ancak bu yanılgıda mamografinin teknik özellikleri gibi memenin özelliği de önem taşır. Ya iyi çekilmemiş bir mamografi söz konusudur ya da meme çok yoğundur, mamografi hassasiyeti düşer ve bu nedenle tespit etmeyebilir. Fakat bir yıl sonra tekrar ettiğinizde büyük bir kısmını tekrar yakalar. O nedenle düzenli kontrol diyoruz. Niçin yılda bir? Çünkü, yılda bir kanser çıkacak diye değil, birinde yakalayamadığını ikincisinde yakalasın diye. Amacımız bu. Tabii, günümüz teknolojisinde mamografi cihazları da oldukça hassaslaştı. Özellikle dijital teknoloji sonrasında yanılgı payları azaldı ve tümörü daha küçük çaplarda yakalayabiliyorlar.

● *Sadece ultrasonografi yeterli olmuyor mu?*

— Ultrasonografiyi çok sık kullanıyoruz. Mamografi çok yoğun ise ultrason, bu yoğunluğun altında herhangi bir kist ya da tümör var mı, onu bize gösterir; ama ultrasonografi tek başına bir tarama yöntemi değildir. Bazı kişi-

ler, "Ben ultrasonda baktırıyorum, yeterli" diyor. Hayır, memenin taraması mamografi ile yapılır, ultrasonografi, mamografiye yardımcı tetkiktir. Eğer mamografi ve ultrasonografi görüntülerinden şüpheleniliyorsa, o zaman tanısal mamografiye geçilir ve değişik pozisyonlarda görüntüler büyütülerek ilave çekimler yapılır. Mamografide şüpheli olarak kabul ettiğimiz çeşitli görüntü şekilleri vardır. Bunlar arasında herhangi bir kitlenin saptanması ve bu kitlenin etrafı ile olan ilişkisi, o yapının kötü ya da iyi huylu olabileceği hakkında bize bilgi verir. Bunun dışında "mikrokalsifikasyon" olarak adlandırılan küçük kalsiyum birikimlerinin yarattığı noktasal görüntüler, bunların dağılım şekilleri ve gruplaşması, memelerin birinde diğerine göre daha farklı yoğunlukların bulunması (asimetrik yoğunluk artışları) da önemli bulgular arasında kabul edilir. Mamografinin değerlendirilmesi radyoloji uzmanı doktorlar tarafından yapılır. Bazen gerek görülürse hasta tekrar davet edilerek ilave çekimler uygulanır ve ilk çekimde anlaşılamayan ya da şüpheli görülen alanlar daha detaylı olarak kontrol edilir. Bu aşamada kadınlar oldukça telaşlanır ve korkarlar. Fakat unutmamak lazımdır ki ilave çekimlerin yapılması, memede mutlaka kötü bir şeyin var olduğu anlamına gelmez. Doktorlar haklı olarak tanıyı kesinleştirinceye kadar incelemelerini detaya inerek yapmak zorundadırlar.

Tarama için önce mamografi çekilir. Eğer memede bir yoğunluk var ve bu nedenle değerlendirme hassasiyeti azalmış ise ya da şüpheli bir alan varsa ek görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç duyulur. İşte bu aşamada en sık müracaat edilen yöntem, ultrasonografi olmaktadır. Daha önce de bahsettiğim gibi, yoğunluğun altında kitlenin var olup olmadığı, bu kitlenin kistik mi yoksa sert bir yapıda mı olduğu, kistik ise şüpheli bir kist mi yoksa basit bir kist

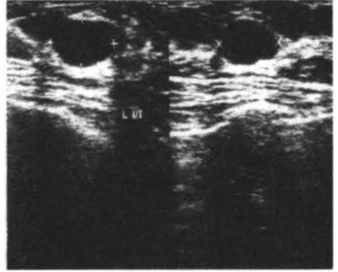
mi olduğu gibi sorulara ultrason ile yanıt alınmaya çalışılır. Bunun dışında, gerekirse MR gibi daha ileri görüntüleme tekniklerine de geçilebilir. Yani dikkat ederseniz, memede herhangi bir şüphe olmadığı kanıtlanıncaya kadar hasta bırakılmaz.

Burada bir noktayı daha belirtmek istiyorum. Mamografi sıklığı bir yıl olarak kabul edilmesine karşılık şüpheli bir bulguyu yakın izleme gereği duyulduğunda, sadece o pozisyondaki çekim daha kısa aralıkla, örneğin 6 ay sonra tekrarlanabilir. Bu davranış, o görüntüdeki değişimi daha erken yakalamayı amaçlar. Mamografi değerlendirmelerindeki bir diğer önemli nokta ise, önceki filmlere göre meydana gelen farklılıkların tespit edilmesidir. Bu amaçla doktorlar, bir önceki mamografi filmlerini görmek isterler ve yeni çekimlerdeki bulgular ile kıyaslarlar. Bu nedenle çekilen filmlerin iyi saklanması, kaybedilmemesi ve mamografi çektirmeye giderken birlikte getirilmesi gerekir.

Görüntülemelerde tespit edilen şüpheli bir alan varsa, patolojik tanının konması için biyopsi yapılması lazımdır. Bu amaçla ince iğne aspirasyon biyopsisi (iğne yardımı ile şüpheli bölgeden sıvı çekilmesi) ya da işaretleme sonrası "eksizyonel biyopsi" (şüpheli bölgenin cerrahi olarak çıkarılması) işlemleri yapılır. Biyopsi, gerektiği zaman ameliyathanede hasta uyurken alınır ve patologlar tarafından o anda incelenir. Eğer sonuç kanser gelirse hasta uyandırılmadan ameliyata bu yönde devam edilir. Biz buna *frozen* yöntemi ile tanı koyma deriz.

Ultrasonografinin tek başına uygulandığı durumlar, mamografi belirleyiciliğinin düşük olduğu ve kanser ihtimalinin nispeten az olduğu yaş gruplarıdır. Bu da 35 yaş altındaki kimselerdir. Bunlarda meme ile ilgili bir sorun varsa önce ultrasonografi ile kontrol yapılır. Çünkü meme dokusunun özelliğinden dolayı mamografi bu yaşlarda yanılabilir.





Resim 2. Memede iyi huylu, basit bir kistin mamografik ve ultrasonografik görünümü. Keskin ve düzgün sınırlı.



Resim 3. Meme kanserinin mamografideki görünümü. Sınırlarında ışınsal ve düzensiz çıkıntıları var.

Meme tarama protokollerinin temel amacı, meme kanserini erken dönemde yakalayabilmek ve böylece o kadının meme kanserinden ölmesini engellemektir. Düzenli olarak uygulanan taramalar sonucunda, meme kanseri olan kişilerin bu hastalıktan ölme ihtimallerinin çeşitli çalışmalara göre yüzde 35'e varan oranlarda azaldığı bildirilmektedir. Buna karşın meme kanserinin kanserleşmeden önce yakalanabilme olasılığı rahim ağzı kanserlerindeki kadar yüksek değildir. Örneğin bir *smear* alınıyor, rahim ağzı kanser taraması yapılıyor, kanser öncesi değişimi yakalanıyor ve kanser, oluşmadan engellenebiliyor. Keza mamografi ve meme takipleri de belirli oranlarda ileride kansere dönüşme olasılığı bulunan değişimleri yakalayabiliyor ve kanserin gelişmesini önleyebiliyor. Fakat bu olasılık rahim ağzı kanser taraması olan "smear test" kadar kuvvetli değil. Bunu neden söylüyorum? İnsanlar bu taramaları yaptırırken meme kanseri olmayacaklarını düşünüyorlar. Hatta, "Ben mamografi çektiriyordum ama yine de kanser çıktı" diyenlerle bile karşılaşabiliyoruz. Mamografi, kanser oluşumunu yüzde yüz önlemez ama kanser gelişse de bunun erken teşhis edilmesini sağlar. Böylece ölüm oranlarını azaltır.

● *Meme hakkındaki tetkikler araştırmanın son aşaması mıdır?*

— *Anamnez* ile başlayıp muayene ve tetkik aşamasında yapılanları buraya kadar tüm detayları ile anlattık. Şöyle ifade edeyim: Bunlar her kadının hiçbir şikayeti olmasa da ve hiçbir risk taşımasa da belirli aralıklar ile yaptırması gereken işlemler ve testlerdir. Yani tümüyle uygulanan tedavilerden ya da sağlık sorunlarından bağımsız incelemelerdir.

● *Hangi hekim ister bu kontrolü?*

— Gelişmiş ülkelerde kişilerin rutin sağlık taramalarını aile hekimleri üstlendiği için bu ülkelerde takip aile doktorları tarafından yapılır. Eğer branş kontrolü gerekiyorsa oraya yönlendirir. Ülkemizde ise menopozdaki kadının yönlendirici doktoru kadın hastalıkları ve doğum uzmanıdır.

● *Bu yapılan kontrol ve tetkiklerin menopozda kullanılan hormon tedavisi ile bir ilgisi var mıdır?*

— Hayır, bu takip ve tetkikler tamamen kişinin yaşı ile ilgilidir. Bu durum yanlış algılanıyor ve hormon tedavisi uygulanacağı için tetkik istendiği zannediliyor. Çoğu kadın, "Ben hormon tedavisi alıyorum. O yüzden doktor benden bu tahlilleri istiyor. Hormon tedavisini almazsam bu tetkiklere de gerek yok" diyor. Hatta tedavi verilmezse bir daha doktoruna müracaat etmiyor. Böylece yapabileceği en büyük hatalardan birisini gerçekleştirmiş oluyor. Oysa öyle bir şey söz konusu değil. Her kadın belirli bir yaştan itibaren bu kontrol ve tetkikleri yaptıracak. Biz şu soruyla çok sık karşılaşıyoruz: "Hormon tedavisi alan bir kadına hangi tetkiklerin yapılması lazım?" Hiçbir tetkik yaptırmayacaksın. Neden? Çünkü zaten yapılan tetkikler, hormon tedavisini alsa da almasa da kişinin yaptırması gereken tetkiklerdir. Yeterlidir. Uygulanacak tedaviler ya da tedavilerin kesilmesi ile bu tetkikler arasında hiçbir bağlantı yoktur.

Sadece yapılan tetkiklerden elde edilen veriler, hormon tedavisi uygulanacak ise bunun şeklini belirlemede yardımcı olur. Ya da tedavi alan kişilerde bu tetkiklerin bazılarının yapılma sıklığı değişebilir. Bunların dışında tekrar altını çizerek söylüyorum; kişinin tedavi alıp almıyor olması, kontrollerin ve tarama testlerinin yapılmasını kesinlikle etkilemez.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Menopoz Tedavisi

● *Hormon tedavisine hangi durumda karar veriyorsunuz?*

— Menopozda uygulanan hormon tedavisi, eksilen kadınlık hormonu olan östrojen hormonunun belirli bir plan dahilinde kadına verilmesidir. Yani yerine koyma tedavisidir. Bu nedenle bu tedaviye "hormon replasman tedavisi" adı verilir. Başlama kararı ise hastanın şikayetleri, yaşa bağlı yapılan rutin tetkiklerin sonuçları ve kadının bu tedaviyi kabul edip etmemesine göre verilir. Her şeyden evvel kişinin bu tedaviye ihtiyacı var mı? Bunu belirlemek gerekir. İkinci olarak bu tedaviden elde edeceği olası yarar ve olası zararlar, yapılan tetkiklere göre saptanır. Yararların ağır bastığı durumda tedaviye başlanır. Bu hormonlar, çeşitli ilaçların içerisinde bulunabilir. Mesela doğum kontrol hapları da aynı hormonları içerirler. Keza biz yine aynı hormonları kadının normal yaşantısı içerisinde gelişen hormonal bozukluklara bağlı âdet düzensizliklerinde de kullanabiliyoruz. Fakat menopozda hormon tedavisi dediğimiz zaman, bunun konsepti daha farklıdır.

● *Tedavide sadece östrojen mi takviye ediliyor?*

— Bu tedavinin içerisindeki hormonlar temel olarak iki tane. Biri "östrojen," diğeri "progesteron." Bunlardan en önemli olanı, östrojen. Yani bizim kadına vermek istediğimiz hormon östrojendir. Progesteron hormonu ise östrojenin bazı sistemlerde yapmış olduğu yan etkileri karşılamak amacıyla tedaviye eklenir. Ancak bu yan etkiler düşünülmüyor ise o zaman progesteron tedaviye dahil edilmez. Çünkü progesteronun kendine ait yan etkileri vardır. Progesteronun esas kullanım amacı östrojenin rahim iç zarı üzerinde yapmış olduğu olumsuz etkidir. Tek başına östrojen kullanımları belirli bir zamandan sonra rahim iç zarında *hiperplazi* adını verdiğimiz aşırı gelişmeye neden olur. Bunu önlemek için yani *endometriyum* adını verdiğimiz rahim iç zarını korumak için östrojen tedavisine progesteron hormonunu da katmak zorundayız. Ancak kişide rahim iç zarı bulunmuyorsa, yani ameliyat ile rahmi alınmış ise, bu kişilerde progesteron hormonu kullanılmaz. Sadece östrojen tedavisi uygulanır.

● *Hormon tedavisi standart mıdır?*

— Hayır, hormonun çeşitli veriliş tipleri ve formları var. Biz mümkün olduğu kadar menopozdaki bir kadına bu hormonların doğal ya da doğala en yakın olan formlarını vermeyi tercih ediyoruz. Uygulama şekilleri açısından ise "kesintili tedavi" ya da "kesintisiz tedavi" diye ayırmak mümkün. Kesintili tedavilerde, hormonlar belirli bir düzen dahilinde aralıklı olarak uygulanır ya da verilen ilacın içindeki etken maddenin dozları bu şekilde ayarlanmıştır. Kesintisiz tedavilerde ise hormonlar aynı dozda aralıksız tekdüze bir şekilde verilir. İki veriliş şekli arasındaki en önemli fark, periyodik kanamalardır. Kesintili tedavilerde hormona ara verildiği zamanlarda kadında kanama olur.

Gerçek âdet ile ilgisi olmayan bu kanamalar, kadınlar tarafından âdet kanaması gibi yorumlanır. Daha çok menopoz sonrası döneme geçmeden, yani erken dönemlerde uygulanan bu veriliş şeklinde kadınlar psikolojik açıdan kendilerini daha rahat hissederler. Kesintisiz kullanımlar ise daha ileri yani menopozdan sonraki dönemlerde tercih edilir ve kanama olmaz. Aslında iki veriliş şekli arasında elde edilen yararlar açısından belirgin bir fark yoktur.

● *Doğum kontrol hapı özelliği ile aynı yani...*
— Evet, doğum kontrol hapına benzer bir durumdur ama hormonun tipi ve dozu daha farklıdır.

● *İçeriği de aynı değildir, değil mi?*
— Doğum kontrol haplarında da östrojen ve progesteron vardır. Ama içerdikleri maddeler ve veriliş şekilleri ile dozları farklıdır. O yüzden ikisini de aynı şekilde düşünmemek lazım. Doğum kontrol etkisi öncelikle progesteron hormonu tarafından gerçekleştirildiği için bu ilaçlarda temel amaç bu hormonu vermektir. Burada kullanılan östrojen hormonu ise çoğunlukla sentetiktir. Oysa menopozdaki amaç östrojen hormonunu vermektir. Kullanım yaşları da göz önüne alınırsa menopozda mümkün olduğu kadar doğal etken madde ve daha düşük doz kullanımı geçerlidir.

● *Hormon tedavisi sadece ağızdan ilaç olarak mı alınır, farklı tipleri de var mıdır?*
— Hormonların veriliş yolunu kabaca ikiye ayırabiliriz. Bir tanesi "oral yol" dediğimiz ilacın ağızdan alınması, diğeri ise "parenteral yol" dediğimiz, ağız harici yolların kullanımı. Hastaların uyumu ve kullanım kolaylığı açısından ağız yolu, genellikle insanların daha fazla tercih ettik-

leri yoldur. Fakat ilacın farklı sistemlerdeki etkinliği, dozu ve şekli, her iki yolda farklı farklıdır. Bu nedenle veriliş yolu hastanın özelliğine göre doktor tarafından belirlenir. Ağız yolunun haricinde kullanımın amacı mide-bağırsak sistemini mümkün olduğunca devreye sokmamaktır. Burada deri ya da mukoza adını verdiğimiz burun, ağız ya da vajinanın içini döşeyen dokulardan emilim gerçekleşir. Cilde yapıştırılan *patch* ya da halk arasında "bant" denen yöntemler, deriye sürülen jel şeklinde formlar, burun spreyi şeklinde ilaçlar ya da vajinaya konan jel veya tabletler vardır. Jeller, kola, karın alt bölgesine, göbeğin alt kısmına günlük olarak sürülür ve deri tarafından süratle emilir. Bant da benzer şekildedir. 3 günde bir ya da haftada bir değiştirilen tipleri vardır. Kalçaya yapıştırılır ve buradan vücuda deri yoluyla günlük belirli hızda hormon salar. Bunların dışında bir de burun spreyi şeklinde olanları vardır. Her gün belirli dozda sprey buruna sıkılır ve ilaç mukoza yoluyla emilir. Enjeksiyon şeklinde uygulamalar genellikle menopozdaki hormon tedavisinde kullanımı olan bir yol değildir.

● *Yöntemi doktor mu belirler, hastanın isteği mi rol oynar?*

— Her ikisi de geçerlidir. Ama öncelikle hastadan alınan tıbbi veriler doğrultusunda doktor tarafından karar verilir. Eğer her iki yol arasında tıbbi açıdan bir gereklilik yoksa uyumu artırabilmek için hastaya da fikri sorulur ve kendisinin tercih ettiği yol uygulanır.

● *İlacın veriliş yolları arasında tıbbi olarak ne gibi farklılıklar vardır?*

— Ağız yoluyla kullanılan ilaçlar, mide ve bağırsaklardan emildikten sonra, önce karaciğere giderler. Buraya gelen

hormon, işleme tabi tutularak vücutta kullanılabilecek formlara çevrilir. Bir kısmı depolanır ve geri kalanı kana verilir. Böylece verilen hormonun vücuttaki yoğunluklarına bakacak olursanız, karaciğerdeki yoğunluğun, kandaki yoğunluktan yaklaşık 5 kat daha fazla olduğunu görürsünüz. Yani karaciğerdeki etki daha fazladır. Biz buna "ilk geçiş etkisi" adını veririz. Bu bir yerde iyi, bir yerde kötüdür. İyi olan tarafı, karaciğer üzerinden elde edeceğiniz olumlu etkiler fazladır. Kötü olan tarafı ise, uygulanan dozun daha yüksek olması gerekliliği ve karaciğerin yüklenmesidir. Eğer fonksiyonları yetersiz ise bu yolun kullanımı karaciğeri yorar. Diğer taraftan hipertansiyonu olanlarda, *trigliserid* yüksekliği bulunanlarda ya da diyabetik kadınlarda bu yol tercih edilmez. "Parenteral yol" ise böyle bir ilk geçiş etkisi göstermez. Bu nedenle daha az dozda benzer etkiler sağlanabilir. Bu şekilde vücuda daha az ilaç vermiş olursunuz. Diğer taraftan hipertansiyon, diyabet ve *trigliserid* yüksekliklerinde tercih edilen yoldur. Vajinal yolun kullanılması, lokal yani bölgesel etkinin sağlanması amacıyla tercih edilir. Özellikle vajinal kuruluk, yanma ya da idrar yollarına ait şikayetler varsa ve sistemik tedavi uygulanamıyorsa bu yol kullanılır. Vajinal tablet veya jel şeklinde olan formları vardır. Kullanıma başlandığı ilk günlerde ilaç buradan bir miktar vücuda emilebilir, ancak yaklaşık 15 günden sonra emilme yavaşlar ve sadece bölgesel olarak etkinlik devam eder. Böylece vücuda etki yapmadan hastanın vajinal ve idrar yakınmalarını düzeltebilirsiniz.

Progesteron hormonu da ağız ya da deri yoluyla uygulanabilir. Fakat bilindiği üzere progesteron sadece rahim içi zarını korumak için verildiğinden, yalnızca buraya etkili sistemler şeklinde de uygulanabilmektedir. Bu sistemler, progesteron hormonu içeren rahim içi araçlar, yani halk

arasında spiral olarak bilinen aygıtlardır. Bunlar her gün rahim içine belirli dozda hormon salarlar ve süreleri 5 yıldır. Aynı zamanda gebelik açısından kritik olan geçiş dönemlerinde doğum kontrolünü sağlar ve istenmeyen gebelikleri de önlemiş olurlar.

● *Dozlar açısından farklı görüşler var mı?*

— Evet, günümüzde "düşük doz" diye bir kavram vardır. Yani istediğiniz etkiyi sağlayacak en düşük doz, en iyi dozdur. Çünkü vücuda gereksiz dozda hormon vermemiş olursunuz. Bu da beklenen olası yan etki oranınızı azaltır. İşte bu amaçla yapılan doz-etkinlik çalışmalarının sonuçlarına göre belirlenen etkin düzeydeki en az doz, uygulanan tedavilerde tercih sebebi olmaktadır. Bununla birlikte bazı hastalarda düşük doza yanıt alınamaz. Bu durumda klasik standart doza geçilir.

● *Hormon tedavisine niçin gereksinim duyuluyor? Her menopoza giren kadına tavsiye ediyor musunuz bu tedaviyi?*

— Yıllar ilerleyip teknolojiler güçlendikçe, insanların ömürleri uzamış ve bu bağlamda kadın ortalama yaşam süresi günümüzde 80 yıla ulaşmıştır. Diğer taraftan özellikle Batılı ülkelerde doğurganlık hızı yavaşlamakta ve yaşlı nüfus artmaktadır. Oysa menopoz yaşı değişmemiştir. Bu durum, kadınların menopozdan sonra geçirdikleri sürenin artmasına ve dolayısıyla bu döneme ait belirti ve riskler ile daha uzun süre karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Bundan seneler önce belki de kadınlar menopoz yaşına gelmeden ölüyorlar ya da menopozdan sonra kısa bir ömürleri kalıyordu. Bu nedenle menopoz sonrası dönemin olumsuzlukları o kadar önemli değildi. Oysa günümüzde kadınlar, menopozdan sonra ortaya çıkan sağlık

sorunlarına daha uzun süre muhatap oluyorlar. Bu hem kişilerin yaşam kalitesini ve kendi öz bakımlarını bozuyor hem de neden olduğu riskler ülke ekonomilerine yük getiriyor. Bu durumda gittikçe artan bir nüfus, gittikçe artan bir talep ile karşınıza geliyor ve siz tıp olarak buna çözüm bulmak zorundasınız. Sonuçta pratik olarak ilk şu akla geliyor: "Hormon azalıyor ve bu azalmaya bağlı bazı riskler artıyor, kişilerin yaşam kaliteleri bozuluyorsa, o halde bu hormonu yerine koyalım." İşte bu yaklaşım, menopozun tanımlanmaya başlandığı tarihsel geçmişten bugüne kadar devam etmiştir. Bilim insanları devamlı olarak bu dönemdeki kadına hormon vermeye çalışmışlar, bu amaçla çeşitli yol ve yöntemler denemişlerdir. Fakat bu hormon tedavi yöntemleri, zaman zaman görülen yan etkiler nedeniyle kesintiye uğramış, ancak başka bir alternatif yöntemin devreye girmesi ya da yan etkilere karşı çözümlerin bulunması ile tedaviler tekrar gündeme gelmiştir. Menopozdaki hormon tedavisi tarihine bakarsanız, hep bir dalgalanma içerisindedir. Nitekim bu dalgalanma halen günümüzde de sürüyor.

"Herkese bu tedaviyi tavsiye ediyor musunuz?" sorunuza gelince... Şüphesiz her kadının bu tedaviyi alması gibi bir kural söz konusu olamaz. Adı üzerinde, bu bir tedavidir. Nasıl diğer tedavilerde önce, gerekli olup olmadığına karar veriyorsak, bu tedavide de kadının ihtiyacı olup olmadığını belirlemek lazımdır. Fakat bu gereklilik her zaman somut bir şekilde karşınıza çıkmayabilir. Yani hasta size her zaman net bir şikayet açıklamaz. Örneğin, yaşam kalitesi etkilenmiştir, cinsel fonksiyonları bozulmuştur ve hasta size bunu net olarak belirtemeyebilir. Bu durum da bir tedavi nedenidir. İşte tüm bunları değerlendirecek kişi doktordur. Siz doktor olarak bu tedavi ile o kişide gerek sistemik ve gerekse de yaşam kalitesi açısından olumlu et-

ki elde edebileceğinizi düşünüyorsanız tedaviyi vereceksiniz. Bu arada kadını takip ederek tedavinin sonuçlarını izleyecek ve tedaviyi yönlendireceksiniz. Diğer taraftan tedaviye başlanıp başlanmaması, başlanırsa uygulanacak tedavinin şekli ve süresi her kadına göre farklı olacağı için menopozdaki hormon tedavisi, "kişiye özgü tedavi" olarak kabul edilir.

● *Şu anda gelinen nokta nedir?*

— Bilindiği gibi, kadınlarda kalp hastalıkları riski menopozdan sonra artmakta ve 70'li yaşlardan sonra kadın ölüm nedenleri arasında ilk sıraya yerleşmektedir. Yapılan birçok gözlemsel çalışma ve hayvan çalışmaları ise östrojenin bu sistem üzerindeki olumlu etkilerini geniş kapsamlı olgu sayıları ile bildirmişlerdir. Bu bağlamda menopozdan sonra .kullanılan östrojen hormonunun birinci amacı kadınları menopoz sonrası kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümden korumak şeklinde düşünülebilir. Siz eğer bu şekilde düşünürseniz ne yapmanız lazım? Genel olarak menopoza giren kadınların genelinde hormon tedavisi uygulamalısınız. Öyle değil mi? Fakat her zaman klinik çalışmalar, deneysel çalışmaların sonucunu desteklemeyebilir. Nitekim ilk olarak sonuçları 1998 yılında açıklanan HERS (Heart and Estrogen-progestin Replacement Study) isimli çalışma ilk kez bize şunu söyledi: "Siz daha önceden kalp-damar hastalığı geçirmiş ve bu durumu tetkikler ile kanıtlanmış kadınlara menopozdan sonra hormon tedavisi verirseniz, bu kişilerin bu hastalığa bağlı ölüm oranlarını azaltmıyorsunuz. Yani ikincil koruma sağlamıyorsunuz." Bu bilgi değişimi son yıllarda menopozal hormon tedavisine ait bilinenler konusunda ilk devrimdi.

● *Önceden geçirilmiş hastalıklar üzerinde etkili olmadığı*

anlaşılınca araştırmalar sonuçlandı mı, yoksa yeni araştırmalar oldu mu?

— Bu çalışma sonrası, daha önceden kalp ve damar hastalığı tespit edilmiş kadınlardaki korunma, hormon tedavisinin endikasyonları yani uygulanım nedenleri arasından çıkartıldı. Yani bu kadınlara hormon tedavisi verilmemeye başlandı. Fakat diğer tarafta daha önceden herhangi bir kalp ve damar hastalığı geçirmemiş ama risk taşıyan bir grup var. Örneğin sigara içiyor, ailesel risk taşıyor, hipertansiyonu var ama önceden bir kalp hastalığı geçirmemiş. İşte bu grup, hormon tedavisi için ana hedefi oluşturmaya başladı. Biz buna "primer" yani "birincil" koruma deriz. Bu arada devam etmekte olan bir büyük çalışma ise hormon tedavisinin kalp-damar hastalıkları açısından birincil koruma yapıp yapmadığını araştırıyordu. Yani önceden hastalık geçirmemiş kadınlarda hormon tedavisi ile olası kalp-damar hastalığı riskini azaltıyor muyuz? Sonuçları 2002 yılında açıklanan WHI (Women's Health Initiative) isimli bu araştırma, uygulanan menopoz sonrası hormon tedavisinin kadınları kalp-damar hastalıklarından korumadığını ve buna bağlı ölümleri azaltmadığını iddia etti. Bu sonuçlar, menopoz sonrası hormon tedavisi konusunda ikinci bir devrim oldu. Bunun üzerine menopoz sonrası hormon tedavisinin en önemli kullanım nedeni ortadan kalkınca tedaviden uzaklaşma başladı ve kullanım alanı kısıtlandı. Günümüzde de bu hâlâ geçerliliğini sürdürüyor. Tabii bu çalışmaların açık noktaları, yanlış ve doğruları çok tartışıldı, tartışılmaya da devam ediyor. Örneğin WHI çalışmasındaki en önemli hatalardan birisi, çalışmaya alınan kadınların yaş ortalamalarının 63 olması. Yani tedavi için geç bir yaş. Dolayısıyla o dönemde başladığınız tedavi sizi ne denli koruyacaktır ve elde ettiğiniz sonuçlar daha genç yaş menopoz grubunu ne denli bağlayacaktır? Hâlâ

devam ediyor bu tartışma. Ama tüm dünya genelinde, konu ile ilgilenen büyük derneklerin konsensüs raporlarına göre, tek başına menopoz sonrası kalp-damar hastalıklarından koruma amacına yönelik hormon tedavisi uygulanması şimdilik kabul edilmiyor. Karar bugün de geçerliliğini sürdürmesine rağmen araştırmalar devam ediyor ve bu konuda bazı değişikliklerin olması gündemde.

● *O zaman ne kaldı geriye, tedavi neyi koruyor?*

— Bu çalışmalar bize şunları söyledi: Öncelikle, ateş basması, sıkıntı, terleme gibi klasik menopoz yakınmaları, psikolojik belirtiler, *atrofi* adını verdiğimiz daha önceden de bahsetmiş olduğumuz vajinal incelme, kuruluk, idrar yolları ile ilgili sıkıntılar, idrar kaçırmalar, cinsel fonksiyonlarındaki kayıplar, kadının kendi öz bakımı gibi yaşam kalitesini ilgilendiren parametrelerde hormon tedavisinin etkin olduğu kanıtlandı. İkinci olarak bu tedavinin kemik sistemini koruduğu ve menopoza bağlı kemik kırıklarını anlamlı bir şekilde önlediğini gösterdi. Yani östrojen hormonunun kemiği koruduğunu kesin olarak kabul etti. Bunun haricinde bazı kanser türlerinde, örneğin kalınbağırsak kanserlerinin görülme sıklığında azalmalar yaptığını bize gösterdi. Dolayısıyla hormon tedavisi kullanım nedenleri arasında daha önceden kabul edilen kalp-damar hastalıklarından korunma, yerini bu değişimler ve şikayetlerin tedavisine bıraktı. Kemik konusunda östrojenin kemik yapısını koruduğunu bilmemize rağmen kırıkları önlediğine dair güçlü verilerimiz yoktu. Bu çalışmalar sonrasında anlaşıldı ki, östrojen tedavisi, menopoz sonrası kemik kırıklarını anlamlı düzeylerde azaltıyor.

Menopozda östrojen tedavisinin, ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek Alzheimer hastalığının görülme yaşını da geciktirdiği genel olarak kabul edilmektedir. Oysa WHI ça-

lışmasında böyle bir etkinin olmadığı bildirilmiştir. Buna karşın çalışmanın yaş ortalamasının yüksekliği nedeniyle bu sonuca varıldığı, daha genç yaş grubunda tedaviye başlanırsa Alzheimer hastalık yaşını ileriye iteceği şeklinde karşıt görüşler daha ağır basmaktadır.

● *Tedavinin yan etkileri olup olmadığı tespit edildi mi?*

— Bu konuya girmeden evvel şunu söylemek istiyorum: Ne amaçla olursa olsun, tedavi için kullanılan ilaçlarda belirli oranlarda yan etki vardır ve bu özellik en basit ilaçlarda bile söz konusudur. Dolayısıyla hormon tedavisi amacı ile kullanılan ilaçların da şüphesiz istenmeyen yan etkileri olacaktır. Bunlardan bir tanesi düzensiz kanamalardır. Özellikle ilk kullanmaya başlandığı zamanlarda görülebilen bu kanamalar, hastanın tedaviden uzaklaşmasına dahi neden olabilir. Bir diğeri, geçici kilo artışlarıdır. Bu da genellikle vücutta belirli oranlarda sıvı tutulmasından kaynaklanır. Basit olan bu yan etkiler dışında hormon tedavisinin ciddi yan etkileri de olabilir. Bunların arasında damar içi pıhtılaşmalar ve buna bağlı olarak *emboli* dediğimiz pıhtı atmaların sayıca arttığını gözlemekteyiz. Bu pıhtılar gittiği organlara ve tıkadığı damarların beslediği bölgelere göre hayatı tehdit edici tablolar ortaya çıkarabilir. Örneğin beyin damarlarını tıkarsa felç, akciğer damarlarını tıkarsa solunum sistemi ile ilgili problemler yaratabilir ve bunlar bazen ölümle sonuçlanabilir. Bu nedenle damar içi pıhtılaşmaya eğilimi olan kadınlarda hormon tedavisi önerilmez. Fakat yine de sayıca baktığımızda, bu olaylar ile karşılaşma oranı yüksek değildir.

Bir diğer güncel yan etki ise meme kanseri ile hormon tedavisi arasındaki ilişkidir. Meme kanseri, genel olarak hormona duyarlı kanserdir. Yani östrojen ve progesteron hormonu ile arasında pozitif bir bağlantı vardır. Ancak bu

bağlantı, östrojenin kansere neden olmasından çok, mevcut kanserin ilerlemesini hızlandırdığı yönünde kabul edilmektedir. Bununla birlikte uzun süreli kullanımlarda meme kanserinde belirli oranlarda kanser riskinde artış gözlenir. Yapılan çok sayıda ve geniş kapsamlı çalışmalar bu yönde değişik oranlar bildirmektedirler. En son WHI çalışmasında 5 yıldan daha uzun süreli östrojen+progesteron tedavisi alan kadınlardaki risk artışının 1,24 oranında olduğu bildirilmiştir. Bu ne demek oluyor? Daha anlaşılır şekilde söylersek, hormon kullanmayan kadınlar arasında normal şartlarda ortaya çıkacak her 4 kanser vakasına ilave 5 yıldan uzun süre hormon kullanan kadınlarda yaklaşık bir kanser fazladan görülecektir. Yani nüfus genelinde sayısal olarak düşünürsek, her yıl, hormon kullanmayan her 10 bin kadından 30'unda meme kanseri gelişecekse, 5 yıldan uzun süreli östrojen+progesteron tedavisi alanlarda bu sayı 38 olacaktır. Bu sonuçlara karşın aynı çalışmanın progesteronsuz tek östrojen hormonu kullanan kadınlar (rahmi alınmış kadınlarda tek östrojen kullanılmakta) arasındaki kanser sonuçlarına baktığımızda, meme kanseri gelişimi açısından bir fark olmadığı anlaşılmaktadır. Bu da asıl sorumlunun östrojen hormonundan çok progesteron hormonu olabileceğini aklımıza getirmektedir. Diğer taraftan bu kişilerin yakın takip altında olduklarını düşünürsek, ortaya çıkabilecek olası bir kanserin daha erken dönemlerde yakalanması söz konusudur. Bu da, bu kişilerin ilerlemiş kanser nedeniyle ölüm oranlarını azaltacaktır. Özet olarak, yapılan çalışmalara göre tek östrojen kullanımları meme kanseri açısından anlamlı risk oluşturmamakla birlikte, östrojen+progesteron kullanımları belirli bir süreden sonra risk artışına neden olmakta ancak bu artış zannedildiği kadar yüksek oranlara çıkmamaktadır. Fakat buna karşın, insanlar arasında hormon

tedavisi sanki mutlaka kanser yapar diye yanlış bir inanış vardır. Hormon tedavisi meme kanseri ile eşit düşünülmekte, bu da her kullanan kadın kanser olacakmış imajını yaratmaktadır. Örneğin, kadına tedaviyi düzenliyorsunuz, durumu öğrenen yakını, "Bu tedavi kanser yapıyormuş, sen neden kullanıyorsun" diyor. Siz doktor olarak o kadar muayene etmiş, tetkik yapmış, kadının tedavi alması gerektiğine karar vermişsiniz ve tedavinizi düzenlemişsiniz, bir anda hasta uyumu kayboluyor ve olayın en kötü tarafı ise o kişi bir daha kontrollerine de gelmiyor. Böylece o andan itibaren bir kişinin kendine yapabileceği en büyük kötülüklerden birisini gerçekleştirmiş oluyor.

Olaya bir başka açıdan bakarsanız, bir kadının yaşamında meme kanseri açısından fark etmediği o kadar çok risk vardır ki bunların en başında doğurmamış olmak ya da ilk doğumunu 30 yaşından sonra yapmak gelir. Günümüz koşullarında doğurganlık yaşının ilerlediğini düşünecek olursak, böyle bir riskin gittikçe fazlalaştığını düşünebiliriz. Bir diğer çarpıcı örnek de, yüksek okul mezunu olmaktır. Örnekleri artırmak mümkün ve bunların büyük çoğunluğu, hormon tedavisinin uzun süre kullanımına bağlı risk artışından daha fazla risk taşırlar.

● *Öğrenim durumu kadının meme kanseri riskini nasıl etkileyebilir?*

— Bu çok dikkati çeken bir örnek ama doğru. Neden böyle? Çünkü yaşam şekli ona göre değişiyor. Üniversite mezununun yaşam şekli, stresi, doğurganlığı vs. gibi etkenler bu durumu etkiliyor, yoksa okulda okuduğu için değil. Şimdi siz, meme kanseri olurum diye okula gitmeyecek misiniz? Erken âdet görmeye başlamak ya da geç menopoza girmek, alkol tüketiminin fazla olması, bunlar da yine meme kanseri açısından risk faktörleri arasında kabul edi-

lir. Bu örnekler artırılabilir. Yani şunu demek istiyorum: Farkına varmadığımız o kadar çok gündelik olaylar var ki bunların her biri en az hormon tedavisi kadar meme kanseri risk artışı yaratıyor. Ama gündemde değil. Neden? Çünkü onlar gündelik olaylar gibi gözüküyor insanlara. Ama dışardan bir ilaç aldığınız zaman, tabii insan tedirgin oluyor. "Ben bu ilacı alıyorum. Acaba hormon tedavisi bende kanser yapar mı" diye bir korku taşıyor. Bu korku nedeniyle kadınların birçoğu tedaviden kaçıyor, eğer başlanmış ise tedaviyi terk ediyor. Bizim önerimiz, böyle bir korkuyu yaşayan kadının, bunu, doktoru ile açık açık konuşmasıdır. Kişi tedaviyi istemeyebilir. Fakat bıraktığını doktoruna söylemesi gerekir. Böylece tedavi uygulanmasa bile kontrollerin önemi açısından bilgi edinebilsin ve takiplerine devam etsin.

● *Demin bu çalışmaların ileri yaştaki kadınlarda yapıldığını söylemiştiniz. Tedavi erken yaşta mı başlamalı?*

— Evet, günümüzde tedavinin başlama yaşı önem kazandı. Çünkü erken yaşlarda tedaviye başlandığında, bu çalışmalar tarafından bildirilen bazı olumsuz sonuçların gerçekte açıklandığı gibi olmadığı ve özellikle kalp-damar hastalıkları açısından erken yaşlarda tedaviye başlandığında koruyuculuğun devam ettiği ileri sürülmeye başlandı. Olayın ilginç yanı ise, bu sonuçlar WHI çalışmasının tekrar değerlendirilip yaş gruplarına ayrılarak yapılan analizleri sonucunda belirlendi. Yani olumsuz sonuçları başta açıklayarak herkesin tedaviden uzaklaşmasına neden olan çalışma, daha sonra kendi analizlerini yaş gruplarına ayırarak tekrarladığında, genç yaş grubunda uygulanan tedavilerin faydalı olduğunu bildirdi. Bunu destekleyen başka önemli çalışmaların sonuçları da çok yakın zamanda ardı ardına açıklanmaya başlandı. Yani günümüzde hormon te-

davisinin kalp-damar sistemi üzerindeki etkisinin, tedaviye uygun bir zamanda başlanması halinde olumlu olduğu görüşü tekrar önem kazanmaya başladı. Sanırım yakın zamanda bu konu hakkında daha detaylı bilgiler edineceğiz.

Bu arada son analizler sonucunda "uygun kullanım zamanı" denilen bir kavram ortaya çıktı. Yani *klimakteryum* diye bahsettiğimiz bu geçiş döneminde tedaviye ne kadar erken başlanırsa, kalp-damar sistemine ait olumlu etkinin varlığı ortaya çıkıyor. Yapılan çalışmaların bildirdiklerine göre bu sınır menopoz dediğimiz son âdet kanamasından ortalama 4-5 yıl sonrasına kadar kabul ediliyor. İşte bu erken başlama dönemi, uygun kullanım zamanı olarak adlandırılmaktadır.

● *Neden erken yaşta koruyor da geç yaşta bu koruma gerçekleşmiyor?*

— Birçok hastalığın klinik olarak aşikar hale gelmeden önce geçirdiği gizli bir evresi vardır. Bu dönem bazı hastalıklar için çok erken yaşlara kadar uzanabilir. Bunun en güzel örneği kalp-damar sistemine ait hastalıklardır ki bunların çocukluk çağına kadar dayandıkları bile kabul edilmektedir. Dolayısıyla siz bu sistemde koruyucu bir tedavi uygulamak ya da önlem almak istiyorsanız, kişiyi daha erken yaşlarda kontrol altına almanız gerekecektir. Biz bu konsepte "koruyucu hekimlik" ya da "koruyucu tıp" adını vermekteyiz. Artık günümüzde bu yaklaşım çok önemlidir ve insanların klinik olarak hasta olmadan evvel risklerini belirlemek ve uygun koruyucu önlemleri almak en ideal olanıdır.

Bunları niçin anlattım? Menopozda kullanılan hormon tedavisi koruyucu tedaviler arasında kabul edilir. Bu tedaviyi, örneğin, kalp-damar sistemini korumak amacı ile uygulayacaksanız, hastalık aşikar hale gelmeden önce, koru-

yucu etkileri sağlayabileceğiniz dönemde başlamanız gerekir. Menopoz için kabul edilen erken dönem, geçiş dönemidir. Yani 45-55 yaş grubu kadınlardır. İşte bu yaş grubu, günümüzde, hormon tedavisi için, kullanıma başlama açısından en uygun yaş grubu olarak kabul edilmektedir.

● *Diyelim ki tedaviyi uygulamaya başladınız. Ne kadar zaman devam etmeli, yani bunun bir süresi var mı?*

— Hayır. Tedaviye başlama nedeniniz ne ise o neden ortada olduğu sürece tedaviye kontrol altında devam edilebilir. Yani standart bir süresi yoktur. Ancak başlama nedenine uygun olan en kısa süre tercih edilir. Bunu anlayabilmek için tedaviye zaman zaman ara verilir ve hastanın durumu klinik ve laboratuvar olarak kontrol edilir. Şikayetleri tekrar geri gelmiyor ve başka bir kullanım nedeni de yoksa tedavi durdurulur. Fakat şikayetler geri geliyor ise tekrar başlanır ve aynı kontrol daha ileride tekrar edilir. Bununla birlikte son çalışmaların sonuçlarına göre en fazla 5 yıl diye bir süre kabul edilmiş ve benimsenmiştir. Ancak her zaman bu süreye bağlı kalmak mümkün olmaz. Bazen çok daha erken sonlandırılabildiği gibi, bazen de daha uzun süreye ihtiyaç duyulabilir. Bu durumda kontrol altında olan ve tetkiklerinde problem bulunmayan kadınlarda tedaviye devam edilebilir.

● *Peki, şikayetler var, tedaviye başlandı. 5 yıl sonra da tedaviye son verildi. Mesela cinsel fonksiyon bozukluklarındaki şikayetler yeniden ortaya çıkabilir mi?*

— Evet çıkabilir.

● *O zaman yine tedaviye devam mı edecek?*

— Gerekirse evet. Tedaviye başlama amacınıza yönelik hedefe ulaşamamış iseniz ya da tedavi sırasında iken,

devam etmeyi gerektiren başka nedenler devreye girmişse süre uzatılabilir. Cinsel yakınmalar konusuna gelince... Hormon tedavisi uygulandığı sırada cinsel yakınmaları düzelen bir kadında siz tedaviye ara veriyorsunuz ve şikayetler geri geliyor. Bu durumda tedaviye tekrar devam edeceksiniz. Çünkü hasta, bu durumdan şikayetçi. Ancak süre uzadığı zaman tedavi protokollerinde ayarlamalar yapılabilir. Örneğin bölgesel tedavi, yani vajinal yol kullanımına geçilebilir ya da doz düşürülebilir.

● *Hormon tedavisinin Alzheimer'ı önlediğine dair bir veri var mı? Bu tür haberlere rastlıyoruz bazen...*
— Alzheimer, kadınlarda daha fazla görülür ve ileri yaş hastalığıdır. Bu hastalık ve menopozdan sonra östrojen tedavisi arasındaki ilişki, günümüze kadar yapılan birçok çalışmada araştırıldı. Kabul edilen genel sonuç, uygulanan östrojen tedavisinin Alzheimer hastalığının ortaya çıkmasını engellemediği, ancak buna karşılık görülme yaşını geciktirdiği şeklinde bilinmektedir. Diğer taraftan, Alzheimer belirtileri ortaya çıktıktan sonra kullanılan östrojen hormonu, hastalığı tedavi etmez.

● *Tedavide doğadan da yararlanıyor musunuz? Fitoöstrojen denilen maddeler var mesela. Bunlar nelerdir?*
— Bitkisel östrojenler olarak adlandırılan maddelerdir. Doğal bitki kaynaklı olup östrojen ile benzerlik gösteren etkileri vardır. Genellikle günlük beslenme yolu ile alınırlar. Menopoza bağlı yakınmaları azalttığı, kemik kaybını önlediği, kalp-damar sistemini koruduğu ve meme kanseri, rahim iç zarı kanseri, kalınbağırsak kanseri ve erkekte prostat kanserini azalttığı bildirilmektedir. Gerçekten de bu gıdaları fazla miktarda tüketen Asya ülkelerinde bu tip kanserlerin görülme sıklığının, Batı ülkelerine göre çok da-

ha az olduğu görülmektedir. Menopozda kullanılmaktadırlar fakat etkinlikleri hormon tedavilerinde olduğu kadar kesinleşmiş değildir. Fitoöstrojenler, büyük oranda Asya kökenli yiyeceklerde bulunmaktadır. En popüler olanı ise soya ürünleridir. Bunun haricinde çay, ginseng çayı, adaçayı gibi doğal gıdalar, fitoöstrojenler açısından zengindirler.

● *Bunların dışında "alternatif tedaviler" denilen ve menopozdaki bir kadında hormon dışında kullanılan ilaçlar olduğunu biliyoruz. Mesela kalsiyum gibi... Bunlar hakkında neler diyorsunuz? Bu ilaçların menopozdaki yeri nelerdir?*

— Gerçekten de, menopozda, alternatif tedavi yöntemleri adını verdiğimiz bir grup ilaç vardır. Örneğin biraz önce bahsettiğim fitoöstrojenler de bu gruba dahil maddelerdir. Bu tedaviler, hormon tedavisinin kullanılamadığı durumlarda ya da hormon tedavisine yardımcı olarak kombine şekilde uygulanırlar. Çok geniş bir gruptur ve kadınların en çok soru sordukları konulardan birisidir. İlk olarak kalsiyumdan bahsetmek istiyorum: Östrojen vitamin D sentezini, bu vitamin ise bağırsaktan kalsiyum emilimini sağlayıcı proteinlerin sentezini ve emilim yüzeyini artırır. Böylece menopoz sonrası dönemde östrojenin azalması ile bu olumlu etki azalır ve bu da dolaylı yoldan kalsiyum emilimine yansır. Nitekim menopozdan sonra bağırsaktan kalsiyum emilimi yaklaşık yüzde 40 oranında azalmaktadır. Östrojen uygulanan bir kadında günlük kalsiyum ihtiyacı 1.000-1.500 miligramdır. Bunun yaklaşık olarak 500 miligram kadarının diyet ile alındığını düşünecek olursak demek ki günde 500-800 miligram ilave kalsiyum vermek gerekecektir. Bu miktar günümüzde daha çok 800 miligram olarak kabul görmektedir. Hormon

tedavisi almayanlarda ya da osteoporoz gelişmiş olan hastalarda günlük kalsiyum ihtiyacı artar. Kalsiyumun en önemli olduğu dönem, doruk kemik kütlesinin tamamlanma aşamasıdır. Bu dönem ise 30-35 yaşa kadar geçen süredir. Menopozdan sonra kullanılan kalsiyum, hormon tedavisine yardımcı olarak, hormonun kemikteki etkisini potansiyalize eder. Bu nedenle hormon uygulanan kadınlara ya diyet ya da kalsiyum ilaçları ile destek yapılır. Sadece diyetle alınan kalsiyumun etkinliği günümüzde tartışmalıdır. Aynı zamanda bu düzeylerdeki kalsiyumun sadece diyet ile alınması bazı olumsuzlukları da beraberinde getirir. Çünkü bu seviyedeki bir beslenme esnasında yüksek kalori ve kolesterol alınır. Kadınlar bazen kalsiyum almak için bol süt içtiklerini ifade ederler. Tam yağlı süt bol miktarda içilirse, istenmeyen yağ alımı da aynı ölçüde yüksek olacaktır. Evet, süt içmek belirli miktara kadar faydalıdır fakat çok yüksek düzeylere çıkılırsa hem yağ alımı yükselir ve hem de demir emilimi azalır. Sonuç olarak hızlı kemik kaybının aktif olduğu dönemlerde, yani menopozda tek başına kalsiyumun kemik kaybını önleyici bir etkisi yoktur. Sadece hormon tedavisinin etkisine yardımcı olarak kullanılır. Yani, "Ben kalsiyum açısından zengin besleniyorum, kalsiyum ilaçları da kullanıyorum ve böylece kemiklerimi koruyorum" inanışı yanlıştır.

Bir diğer alternatif ilaç SERM grubu dediğimiz maddelerdir. Yani "Seçici Östrojen Reseptör Modülatörleri." Bunlar bazı dokularda östrojen etkisi gösterirken, bazı dokularda ise östrojen karşıtı etki yapabiliyorlar. Hormon tedavisinin korkulan sonuçlarından biri olan meme üzerinde östrojene karşı etki göstermeleri, bu tedavi yönteminin en önemli dayanak noktası olmuştur. Yaklaşık 20 yıldan fazla zamandır meme kanserinin yardımcı tedavisi amacıyla kullanımda olan "Tamoksifen" bu sınıftaki ilk ilaç-

lardan birisidir fakat rahim iç zarındaki olumsuz etkisi nedeni ile menopozda tedavi amaçlı kullanımı yoktur. Son olarak günümüzde "Raloksifen" isimli madde menopoz tedavisi amacı ile çalışmalarına başlamış fakat Amerika'da menopoza bağlı kemik kaybı ve osteoporozun tedavisi için kullanım izni almıştır. Günümüzde bu amaçla ülkemizde de kullanılmaktadır. SERM grubu ilaçlar, menopozun klasik şikayetleri olan ateş basması nöbetleri üzerine etki etmezler ve hatta bu şikayetlerin artmasına neden olabilirler. Bu nedenle aşırı yakınması olan kadınlarda bu ilaçlar tercih edilmezler.

Yine bu yaş grubunda kemik açısından osteoporoz tedavisinde sıkça kullanılan bir diğer ilaç grubu "bifosfonatlar" adını verdiğimiz maddelerdir. Kemik kaybını önlediği ve kırık riskini azalttığı kesinlik kazanmış gerçekten güçlü ilaçlardır ve oldukça yaygındırlar. Günümüzde en sık kullanılanları "Alendronat" ve "Risedronat"tır. Önceleri sadece günlük kullanılan formları varken, bugün haftada bir kez içilen tabletleri bulunmaktadır. Hatta son olarak sadece ayda bir kez kullanılan bifosfonat grubu ilaçlar da ülkemize gelmek üzeredir. Yani kullanımları gittikçe kolaylaştırılmaktadır. Menopozdaki kullanımları, osteoporoz tespit edilmiş ve hormon tedavisi kullanmayan kadınlar için geçerlidir. Bu özelliğe sahip kişiler eğer hormon tedavisi alıyorlarsa zaten bu ilaçlara gereksinimi olmaz. Çünkü hormon tedavisi de kemik üzerinde aynı tedavi edici etkiyi sağlayacaktır.

D vitamini de bir hormon olup güneş ultraviyole ışınlarının etkisi ile deride sentezi başlar. Daha sonra karaciğer ve böbrekte işlemleri devam ederek aktif hale gelir. D vitamini, bağırsaktan kalsiyum emilimini artırır. Menopozdan sonraki erken yıllarda etkisi düşük olmasına karşılık ileri yaşlarda daha belirgindir. Bu nedenle ileri yaş *postmeno-*

pozal kadınlarda özellikle kullanılması önerilmektedir. Genellikle günlük 400-800 ünite dozundaki aktif D vitamini, vitamin ve kalsiyum ilaçları içinde kombine edilerek verilir.

● *Hormon tedavisine başlayan kadının nelere dikkat etmesi gerekiyor?*

— Öncelikle tedaviyi verdiğim kişinin bana düzgün kontrollere gelmesi lazım. Eğer düzgün kontrollere gelemeyecekse, bu tedaviyi kesinlikle kullanmayacak. Siz bu kişiyi kontrol altına alıyorsanız ve takip ediyorsanız, olası olumsuz etkileri erken dönemde görebiliyorsunuz. O zaman gerekirse tedaviyi durdurabiliyor ya da tedavinizde değişiklik yapıyorsunuz.

● *"Hormon tedavisi kilo artırır" diye bir inanış var. Doğru mu?*

— Kilo artışı dediğimiz zaman, sadece hormon tedavisini değil, menopozu ve ilerleyen yaşı da düşünmeniz gerekiyor. Çünkü bu yaş grubundaki bir kadının gerek menopoz nedeniyle gerekse ilerleyen yaş nedeniyle metabolizması yavaşlıyor. Metabolizmanın yavaşlaması da kilo artışı ile kendini gösterir. "Eskiden çok rahat kilo veriyordum ama şimdi ne yapsam kilo veremiyorum", "Yediğim hep bende kalıyor" gibi yakınmalar, bu dönemde sıkça karşılaştığımız şikayetlerdir. Bu, metabolizmanın yavaşladığını gösteren bulgulardan bir tanesidir. Menopoz, tek başına metabolizmayı yavaşlatabilir. Çünkü östrojen, metabolizmayı etkileyen bir hormondur. Ayrıca ilerleyen yaşla beraber metabolizmayı idare eden bazı sistemlerde de gerileme olur. Bunların en başında tiroid bezi gelir. Metabolizmanın yavaşlamasında en önemli etkenlerden bir tanesi tiroid be-

zinin çalışmasındaki yetersizliklerdir. Ve biz bu nedenle bu kadınlarda tiroidi mutlaka tararız. Çünkü tiroid yetersizlikleri, menopoz yaşından sonra daha sık görülmeye başlar. Hasta bizlere menopoza benzer yakınmalarla gelir ve çoğu kez belirtileri birbirine karıştırır (halsizlik, devamlı uyku hali, isteksizlik, kilo alımı, istediği halde kilo verememe gibi).

Menopoz sonrası kadınlarda vücut yağ dağılımı, erkek tipine dönmeye başlayabilir. Yani karındaki yağ birikimi kalçadan daha fazla olmaya başlar. "Android obezite" ya da "erkek tipi yağlanma" dediğimiz bu bulgu, kalp-damar hastalıklarının görülmesi açısından risk olarak kabul edilir. Karın çevresi ölçümü ile tanı konur. Normalde bel çevresinin 85 santimi geçmemesi gerekir. Erkek tipi yağlanmada bu ölçü artar. Bir diğer deyişle, bel/kalça oranı bel lehine artış gösterir. Hormon tedavisi kullanımlarında ise kilo aldırıcı etkiler kişiden kişiye değişebilir. Yani bazı kadınlarda hiçbir kilo alımı yapmazken, bazılarında ise vücutta yapmış olduğu su tutma etkisinden dolayı ilk başlangıçta birkaç kilo artışa neden olabilir. Ama hormonun yapabileceği kilo artışı devamlılık göstermez. Bundan ilerisi kişinin hareketsiz yaşam sürmesi, kendi iştahını kontrol edememesi ve beslenme düzenindeki bozukluktan kaynaklanan kilo alımıdır.

● *Yeniden altını çizersek, iştah artışı yapmıyor yani...*

— İştahı pozitif olarak etkileyebilir. Kadın, tedaviye başlandıktan kısa bir süre içerisinde bir-iki kilo aldığını, şişkinlik olduğunu ifade edebilir ama bu her kişi için geçerli değildir. Öbür taraftan östrojen hormonunun azalmasına bağlı metabolik yavaşlamayı düzelteceği için bazen de menopozun getireceği kilo artışını önleyebilir. Bu nedenle kişiden kişiye farklı sonuçlar alırsınız.

Bir de şunu söylemek istiyorum. Bu dönem içerisinde, "Ben kilo alıyorum" diyen bir kadının da diyetine dikkat etmesi ve düzenli egzersizlerini yapması gerekir. Yani siz hormon tedavisi alın. Ondan sonra diyetinize dikkat etmeyin, yüksek kalorili besinler tüketin, hiç egzersiz yapmayın. Sonra da, "Ben hormon tedavisi alıyorum. Bu da bana kilo yapıyor" deyin. Hayır! Hormon tedavisi uygulayın ya da uygulamayın bu yaş grubundaki kadınların diyetine dikkat etmesi ve düzenli egzersizlerini yapması gerekir.

● *Diyetten kastınız çok yememek mi yoksa beslenme biçimi mi?*

— Her ikisi de geçerli kuraldır. Yani hem aldığınız kaloriye dikkat edeceksiniz ve hem de sağlıklı besleneceksiniz. Kalorisi az, liften zengin, rafine şekerden fakir, doymuş yağ oranı düşük, omega-3 yağ asitlerinden zengin, bitkisel kaynaklı protein ağırlıklı diyet en uygunudur. Akdeniz mutfağı bu açılardan ve özellikle de kalp-damar sağlığı açısından ideal diyetler arasındadır. Çünkü doymuş yağ oranı azdır. Genellikle sıvı yağ, zeytinyağı kullanımı ağırlıktadır. Balık ve yeşil sebze tüketimi fazladır.

● *Vücut su tutabilir dediniz ya... Tuzdan uzak mı durmak lazım bu dönemde?*

— Hormon tedavisi ile vücutta su tutulmasının tuz ile ilgisi yoktur. Bu olay, kullanılan hormonların *steroid* etkisinden yani kortizona benzer etkisinden kaynaklanır. Çünkü bu hormonlar aynı kökenden gelen hormonlardır ve bu nedenle bunların geneline "steroid hormonlar" adı verilir. Bununla birlikte tuz, fazlası zararlı olan maddelerden birisidir ve bu nedenle tuz tüketimine her zaman dikkat edilmelidir. Zaten normal bir diyetin içindeki tuz oranları genellikle yeterlidir. Damak zevki amacı ile yemeklere ilave

tuz serpmek genellikle tavsiye edilmez. Hatta bazı kişiler daha yemeğin tadına bakmadan tabaklarına tuz serpmektedirler ki bu davranış yanlıştır. Günlük diyette tuz en az düzeyde tutulmalıdır.

● *Bu arada sık sık egzersizden bahsettiniz. Egzersiz şekli için bir öneriniz var mı?*

— Her şeyden evvel menopozdan sonra bir kadının köşesine çekilip, hareketsiz ve sedanter dediğimiz yaşam şeklini sürdürmesini kesinlikle kabul etmiyoruz. Her yaşa uygun ve hatta her hastalığa uygun egzersiz şekilleri vardır. Bazı kadınlar, hareket sistemine ait hastalıkları nedeni ile (örneğin eklem rahatsızlıkları, bel fıtığı, romatizma gibi), "Her yanım ağrıyor, bu nedenle hareket edemiyorum" ya da "Hareket bana yasak" diyerek egzersizden uzaklaşırlar. Bu yanlış bir davranış ve hareketsizlik için bir neden aramaktır. Oysa biraz evvel de bahsettiğim gibi her hastalığın kendisine özgü egzersiz şekilleri vardır ve doktor bunları hastasına anlatır. Bu gibi özel egzersizler, çoğunlukla fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı doktorlar tarafından programlanır.

Herhangi bir özelliği ve hastalığı bulunmayan bir kadının günde 20-60 dakika yapacağı hızlı ve tempolu yürüyüş, özellikle kemik ve kalp-damar sistemi başta olmak üzere birçok sistem açısından faydalı ve yeterli olacaktır. Açık havada yapılması tercih edilen yürüyüşler, gereğinde evde bir yürüyüş bandı kullanılarak da yapılabilir. 20 dakikadan az yapılırsa etkisi olmaz, 60 dakikadan fazla yapılırsa insülin direnci üzerinde olumsuz etki gösterir. Bunun dışında bu dönemde osteoporoz egzersizleri özellik gösterir. Bu konuda oturarak ve yatarak yapılan birkaç örnek egzersiz şeklini şemalarda görebiliriz (bakınız Ek).

● *Son zamanlarda, kök hücre çalışmalarının da menopozda etkili olduğu söyleniyor. Bu konuda neler söylersiniz?*

— Bu daha henüz netlik kazanmış bir şey değildir. Kök hücre konusu çok tartışmalıdır. Uygulandığı alanlarda bile netleşmiş sonuçları yoktur. Sadece bazı kan hastalıklarında yaygın kullanımı vardır. Şu anda menopozla ilgili böyle bir sonuç yok. Ama ilerde uygulanır mı bilmiyoruz tabii. Yalnız menopoza girmeden evvel yumurtalıkların bir bölümünün alınıp dondurularak saklanması ve daha sonra kadına tekrar geri verilmesi konusunda çalışmalar sürdürülmektedir. Bu konuda Amerika'da çok değerli bir Türk arkadaşımız çok önemli ve dünyanın kabul gördüğü çalışmalar yapmaktadır. Özellikle yumurtalıkların zarar göreceği tedavilere başlamadan evvel, örneğin kanser tedavilerinden önce yumurtalıklardan bir parça alınıp dondurularak saklanmakta, tedaviden sonra hastanın cilt altına yerleştirilmektedir. Böylece tekrar hormon salgılanması ve hatta yumurta hücresinin olgulaşması amaçlanmaktadır. Normal şartlarda da menopozdan önce acaba biz yumurtalığın bir kısmını saklayıp daha sonradan bunu kişiye geri verebilir miyiz? Böylece menopozdan sonra kendi hormonlarının yeniden salgılanmasını ve hatta doğurganlığı yeniden temin edebilir miyiz? Bu sorulara henüz cevap alınmış değil.

● *Son dönemde kadınlar çalışma hayatlarındaki yoğunlukları nedeniyle çocuk sahibi olmayı menopoz yaşlarına yakın zamanlara bırakıyor. Bu dönemde yumurta da kalitesini kaybediyor mu?*

— Tabii ki ilerleyen yaş, gebe kalabilme açısından en önemli risklerden biridir. Kadınlarda gebe kalabilme yeteneğinin en yüksek olduğu yaş 24 civarıdır. Bundan sonra

belli bir süre yatay seyir izler ve daha sonra azalmaya başlar. 35 yaşından sonra azalma eğimi artar, 40 yaşından sonra ise iyice belirginleşir. İleri yaşın sadece gebe kalma açısından değil, gebelik oluşsa bile gebeliğin riskleri açısından da önemi vardır. İleri yaş, ilk olarak gebe kalma oranlarını azaltır. İkincisi, gebe kalınırsa düşük oranını artırır. Üçüncüsü de gebelikte kromozom bozuklukları oranının yani anormal gebelik ürünlerinin ortaya çıkma ihtimalini yükseltir. Gebelikte çocuğa ait genetik yapı bozuklukları ise ilk 3 ayda gebelik kayıplarının fazla olmasına ya da gebelik devam etse de anormal bebek doğum oranlarının artmasına neden olur. Bunun en çarpıcı örneği "Down dendromlu" yani "mongol" bebek doğumlarıdır. Ama günümüzde insanlar, yaşam koşulları nedeni ile gebelik planlarını çoğunlukla ileri yaşa itmektedirler. Bu da bahsettiğimiz riskleri artırmaktadır. Fakat diğer taraftan teknolojinin ilerlemesi, gebe kalma konusunda kişilere yardımcı olmakta ve gebelik sırasında bebeğe ait olası anormallikleri erken yakalayabilmektedir.

● *Şimdi, kadın size geliyor ve hamile kalmak istediğini söylüyor. Ancak menopozun o ilk belirtilerini de görmeye başlamış. Bu durumda hangi yöntemleri izliyorsunuz?*

— Yumurtalıkların yetersizleşmeye başladığından şüpheleniyorsak, öncelikle FSH (folikül uyarıcı hormon) adını verdiğimiz ve beyinde hipofiz bezinden salgılanan yumurtalığı uyarıcı hormonun kan seviyelerini kontrol ederiz. Eğer yumurtalığın çalışması yetersizleşmişse, uyarıcı hormon yani FSH artar. Tersinden düşünecek olursanız, FSH'nın yükselmesi yumurtalığın yetersizleştiğini gösterir ve bu nedenle gebelik açısından sizin uygulayacağınız tedaviler başarısız olacaktır. Nitekim bu kişiler gebelik açısından çoğunlukla takibe alınmazlar. Ancak FSH değerleri normal sınırlarda ise o takdirde gebelikle ilgili olarak çif-

tin özelliklerine uygun araştırmalar yapılır ve elde edilen sonuçlara göre uygun tedavi yöntemleri tatbik edilir.

Erken yumurtalık yetersizliklerinde de temel tanı testimiz yine FSH düzeylerinin ölçülmesidir. Bu kişilerde de gebelik açısından aynı şeyler geçerlidir. Yani FSH yükselmiş ve kadın yumurtalık yetersizliğine girmiş ise, tekrar çalışmaya başlamadığı sürece, yaşı ne olursa olsun gebe kalamayacaktır. Bu durumda başka bir kadından alınan yumurta hücresi kullanılabilir. Biz buna "oosit donasyon" diyoruz. Fakat ülkemizde uygulanması hukuksal açıdan yasal değildir.

● *Tüp bebek de olamaz mı?*

— Evet, FSH yükselmiş ise tüp bebekte de başarı şansınız düşer. Çünkü yumurtalıklar yetersizleştiği için yumurta hücresi elde edebilmek amacıyla vermiş olduğunuz uyarıcı tedavilere yanıt alamazsınız.

● *FSH yalnızca kadında mı vardır?*

— Hayır erkekte de vardır ve testisler üzerine etkindir. Biz bunlara genel olarak "gonadotrop hormonlar" deriz. İki tanedirler. Biri FSH, diğeri LH. "Gonad organı" dediğimiz, kadında "yumurtalık," erkekte "testis"lerin çalışmasını kontrol eden temel hormonlardır. Hem üreme açısından ve hem de cinse ait hormonların üretilmesi açısından çok önemli fonksiyonları vardır.

● *Peki, FSH'ya bakmadan doğrudan yumurtalığa bakılarak öğrenilemiyor mu?*

— Yumurtalıklarda folikül adını verdiğimiz ve içinde yumurta hücresinin bulunduğu sıvı dolu kesecikleri ultrasonografi yardımı ile görmemiz ve bunların sayıca yeterli olması, yumurtalığın rezervi hakkında bize kabaca bilgi verebilir. Ama FSH bizim için yumurtalık yetersizliği hakkında ya da yumurtalığın fonksiyonları hakkında bilgi ve-

recek en önemli belirteçtir. Bu hormonun kandaki düzeyi belli bir eşik seviyenin üstüne çıkmış ise, ultrasonda folikülleri görmüş olsak dahi, uyguladığımız tedavilere yeterli yanıtı alamayız.

● *FSH yükseldiğinde kadına olumsuz bir etkisi var mıdır?*
— Hayır yok. O sadece bir kriterdir. FSH zaten tepki olarak yükseliyor, biz de bu yükselmeyi tanısal amaçla kullanıyoruz. Ne kadar yükselirse, yumurtalık o kadar yetersiz ve östrojen üretimi o kadar azalmış demektir. Biz östrojen hormonu ile FSH arasındaki bu haberleşmeye "negatif feed-back etki" diyoruz. Bu mekanizma, vücuttaki çoğu hormon sisteminde vardır.

● *Menopozda cinsel birlikteliği olumsuz etkileyen vajinadaki kurumaya karşı ne uyguluyorsunuz?*
— Çoğunlukla östrojen içeren jel ya da vajinal tabletleri kullanıyoruz. Bu yolla verilen östrojen belirli bir süreye kadar (yaklaşık 2 hafta) vücut tarafından alınsa da, daha sonra vücuda emilimi çok sınırlanıyor. Bu nedenle sadece o bölgedeki şikayetleri iyileştiriyor. Bunların başında da vajinal kuruluk, yanma, idrar şikayetleri gelmekte. Ancak yine de kadına hiçbir şekilde hormon uygulanamıyorsa, cinsel birliktelik sırasında kullanılan kayganlaştırıcı jel ya da kremlerden de fayda sağlanabilir.

● *Menopozda sizin de bahsettiğiniz gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkıyor. O dönemde kadın psikiyatrik destek de almalı mı?*
— Eğer östrojen azalması ile ilgili psikolojik belirtiler söz konusu ise tek başına östrojen bunu düzeltir. Ancak başka nedenler varsa, örneğin kadın daha önce depresyon hastası ise, menopoz ile birlikte yakınmalar ve belirtiler ağırlaşabilir. Bu durumda sadece hormon tedavisi yeterli olmaz. Bunların hasta kontrolü sırasında belirlenmesi ve psikiyatri uz-

manları ile konsültasyona gidilmesi gerekir. Diğer taraftan, aşikar olan psikiyatrik bozukluklar haricinde bazen sadece menopozun getirdiği şikayetler de, kadının psikiyatri uzmanına kontrolünü gerektirecek kadar ağır seyredebilir. Bunların dışında bizler, cinsel fonksiyon bozukluklarında hastayı psikiyatri uzmanları ile birlikte takip ederiz. Çünkü daha önce de bahsettiğim gibi, cinsel fonksiyonlardaki kayıplar sadece hormonal değişimlere bağlı değildir, zeminde psikolojik problemler de yatabilir. Bunları soruşturacak kişiler, bu konuda uzmanlaşmış olan psikiyatristlerdir.

Psikiyatri tarafından önerilen ilaçlar, gerekirse hormon tedavisi ile kombine edilebilirler. Ama tabii ki buna tek başına bir kadın doğum uzmanının karar vermesi uygun değildir. Mutlaka psikiyatri ile beraber karar alınır ve o şekilde tedavi uygulanır. Aksi takdirde uygulayacağınız tedavi psikolojik açıdan ters etki yaratabilir ve kadının şikayetlerini çok daha ağırlaştırabilirsiniz. O nedenle genel kural; menopozdaki bir kadına yaklaşırken mutlaka multidisipliner yani çok branşlı yaklaşım gereklidir.

● *Hocam, kitabın sonuna geldik. Okurlara en son olarak neler diyeceksiniz?*

— Yaşamı bir bütün olarak kabul etmek çok önemlidir. Eğer bu şekilde düşünürseniz, hayatın evrelerini normal bir şekilde kabullenir ve her dönemin kendine ait güzelliklerini dolu dolu yaşayabilirsiniz. Aksi halde menopoza geçiş dönemini yaşlanma gibi algılar ve hayatın sonu gibi görürseniz, hem ruhsal ve hem bedensel çöküşlerle karşılaşmanız ve bir yerde hayatınızın kalan bölümünü kendi kendinize zehir etmeniz kaçınılmazdır. O halde birinci kural bu dönemin normal bir süreç olduğunu ve yaşam süresi elveren her kişinin bunu yaşayacağını bilmek ve kabullenmektir.

İkinci kural, yaşam şeklinin düzenlenmesidir. Bu yaş dönemine gelmiş olan bir kadın, uygun beslenme ve egzersiz kurallarına azami dikkati gösterecektir. Hareketsiz kal-

mayacak, en basitinden günde bir saat tempolu yürüyüşünü yapacak, kilo alımından kaçınacak ve kötü alışkanlıklarını terk edecektir.

Üçüncü kural, düzenli sağlık kontrollerini ve periyodik tarama tetkiklerini yaptıracaktır. Şunu unutmamak gerekir ki, şikayet ve klinik belirti vermeden hastalık risklerini belirlemek, günümüz tıbbının en fazla üzerinde durduğu "koruyucu hekimlik" kuralıdır. Özellikle menopoza geçiş dönemi, hormon tedavisi alsın ya da almasın, bir kadın açısından düzenli olarak belirli sıklıklarda kontrol edilmesi gereken en önemli süreçtir.

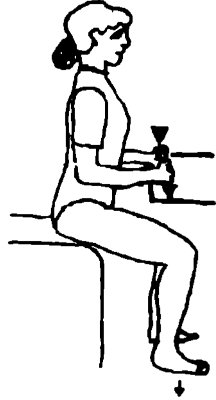
Tedaviye gelince... Bu dönemdeki bir kadının tedaviye ihtiyacı olup olmadığını, uygulanacak tedavinin şeklini ve süresini belirleyecek en yetkili kişi, şüphesiz kişiyi takip eden bu konuda uzmanlaşmış doktorudur.

Tedavilerin etki ve yan etkileri konusu ise bilimsel ortamlarda tartışılıyor ve tartışılmaya da devam edecektir. Bu durum, her konuda olduğu gibi bilimselliğin kaçınılmaz bir gereğidir. Diğer taraftan yaşam süresi uzamakta ve menopozdaki kadın nüfusu artmaktadır. Dolayısıyla bu olayın yarattığı olumsuz yan etkilerle karşılaşma olasılıkları da yükselmektedir. Yani karşınızda çözülmesi gereken birtakım gelişmeler var ve siz bunu tıp olarak çözmek ve gerekirse tedavi etmek zorundasınız. İşte çalışmalar da bunu en zararsız şekilde nasıl çözebiliriz konusu üzerinde yoğunlaşıyor. Her konuda olduğu gibi menopoz konusunda da yapılan bilimsel çalışmalar bizlere en doğru yolu göstermeye devam edecektir.

Gördüğünüz gibi menopoz, oldukça dinamik ve kadın sağlığının her bölümünü ilgilendiren bir konu. Sözlerimi, "Yaşamın her dönemi güzeldir ve her dönemde yaşanacak güzel şeyler vardır" diyerek bitirmek istiyorum. Saygılarımla...

EK

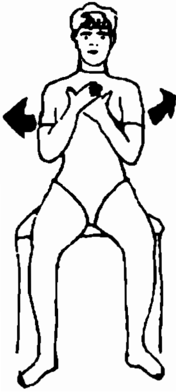
Menopoz Sonrası Osteoporoz İçin Örnek Egzersizler



Şekil 1.
Sandalyede iyice dik ve kalçalar hafifçe eğilmiş olarak oturun. Ellerinizi sıkarak masanın üzerine koyun, ayak tabanlarınızı yere bastırın. Yumruklarınızı masaya bastırın başınızı yukarı doğru gerin. 10 saniye sonra gevşeyin.

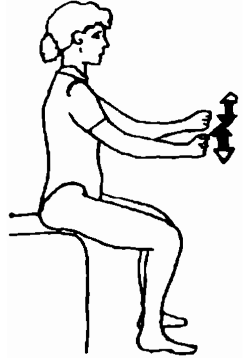


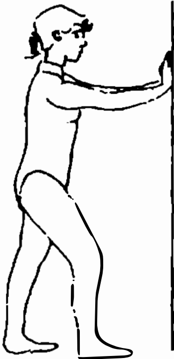
Şekil 2.
Sandalyede iyice dik ve kalçalar hafifçe eğilmiş olarak oturun. Bir elinizi göğsünüzün üzerine bir elinizi karnınızın üzerine koyun. Öne doğru hafifçe eğilin. Bir süre durduktan sonra ilk pozisyona dönün.



Şekil 3.
Sandalyede iyice dik ve kalçalar hafifçe eğilmiş olarak oturun. Omuzlarınızı gevşek bırakın, ellerinizi göğsünüze koyun. Göğsünüzü sırayla sağa ve sola doğru çevirerek gövdenizi hafifçe döndürün.

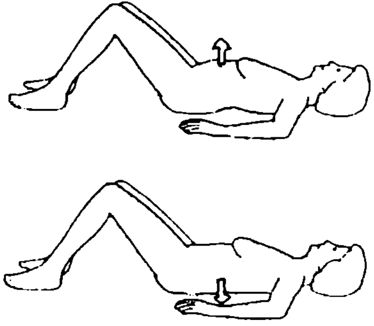
Şekil 4.
Sandalyede iyice dik ve kalçalar hafifçe eğilmiş olarak oturun. Kollarınızı öne doğru tam gergin olmaksızın uzatın. Sırtınızı dik tutmanızı sağlayacak bir hızda, kollarınızla yukarıdan aşağıya doğru küçük vuruşlar yapın.

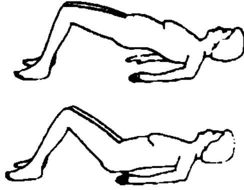




Şekil 5.
Ellerinizi omuz hizasında duvara dayayın. Sağ ayak önde, sağ bacak hafif bükülmüş olmalıdır. Vücudunuzun ağırlığını sol ayak taşımaktadır. 10 saniye gergin durumda kalın. 5 tekrardan sonra ayağınızı değiştirin.

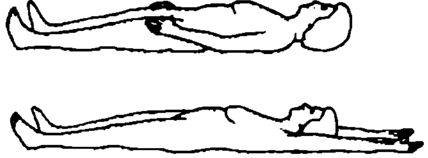
Şekil 6.
Dizler bükük ayak tabanları yerle tam temas halinde sırtüstü yatın. Belinizin eğriliğini artırın, sonra karın kaslarının yardımıyla bu eğriliği düzleştirmeye çalışın.

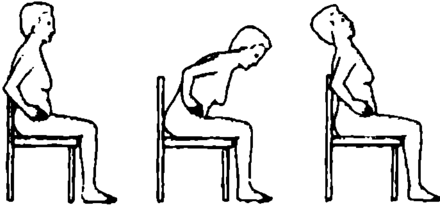




Şekil 7.
Dizlerinizi kırın, kalçalarınızı olabildiğince yukarı kaldırın ve belinize eğrilik verin. Bir süre böyle durduktan sonra bırakın.

Şekil 8.
Sırtüstü yatın. Nefes alarak kollarınızı uzatın. İyice gerilin. Nefes vererek kollarınızı geri getirin.





Şekil 9.
Ellerinizi belinize koyun, öne eğilin. Sonra arkaya doğru kendinizi gerin.

(*Kaynak:* Dr. Fikret Tüzün, Dr. Şansın Tüzün *Menopoz ve Osteoporoz.* [Ed] E. Ertüngealp, H. Seyisoğlu, Form Matbaacılık, İstanbul, 2000.)

99 SAYFADA DİZİSİ 8

- Menopozla birlikte vücutta ne gibi değişiklikler olur?
- Kaç yaşında menopoza girilir?
- Menopoz, her kadında aynı belirtilere mi neden olur?
- Menopozun tedavi edilmesi gerekir mi?
- Menopoz döneminde ne tür egzersizler yapılmalıdır?

Prof. Dr. Hakan Seyisoğlu, Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği'nin kurucuları arasındadır. Üreme endokrinolojisi ve infertilite uzmanı olan Seyisoğlu, uluslararası menopoz derneklerinin de üyesidir.

Dilek Kaykılar, yirmi yıllık gazetecilik hayatında sağlık haberciliğinde uzmanlaşmıştır.





...ahil fiyatı
...TL